Rok XLIV. Kraków 24 Czerwca 1905. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przyczynek do leczenia zwężeń cewki moczowej zapomocą elektrolizy.

Podał

Prof. Dr. Władysław Reiss.

Historya wprowadzenia i stosowania elektrolizy w lecznictwie, a mianowicie w kierunku rozkładania tkanek patologicznych, sięga bardzo niedawnych czasów. Możemy to wytłómaczyć jedynie tem, że przez długi okres czasu nie zdawano sobie wogóle należycie sprawy z istoty działania elektrolizy na tkanki organiczne. Określano zupełnie fałszywie i nieumiejętnie wpływ prądu na tkanki, bardziej od działających biegunów odległe, w szczególności katody, nie rozumiano wreszcie zupełnie dokładnie procesu, jaki się odbywa w tkaninie, otaczającej bezpośrednio biegun. Takie odnosimy wrażenie, czytając sprawozdania i oceny pierwszych prób zastosowania elektrolizy w dermatoterapii (Hardaway). Przekonywamy się, że nie odróżniano jeszcze podówczas należycie całej różnicy działania elektrolizy dwubiegunowej od jednobiegunowej, nie umiano również w całej pełni ocenić stosunku siły użytego prądu do miary skutków, tą drogą osiąganych, jak również wymiarów i kształtów bieguna działającego do nasilenia i umiejscowienia zamierzonych efektów leczniczych.

Pierwsze próby dodatnie stosowania elektrolizy jednobiegunowej w dermatoterapii dotyczyły usuwania drobnych naczyniaków, przyczem przekonano się, że już prąd o bardzo słabem nasileniu, stosowany przez pewien okres czasu, zupełnie wystarczy, aby w najbliższem otoczeniu bieguna ujemnego (katody) wywołać pożądany skutek. Przekonano się, że w celu osiągnięcia pewnych efektów leczniczych w kierunku wywołania zaniku, względnie zarostu pnia naczyniowego, wskazanem jest właśnie użycie prądu słabego, działającego przez dłuższy okres czasu, a nie prądów silnych, trwających krótki czas: w pierwszym przypadku wynik będzie pewny, a wynik kosmetyczny pomyślny; w drugim przychodzi często do bardzo silnie rozwiniętej sprawy zapalnej w otoczeniu z wcale nie pożądanym nadmiernym przerostem tkanki łącznej. W miejscu, w którem spodziewaliśmy się po zastosowaniu elektrolizy powierzchownej gładkiej blizenki, występuje po upływie tygodni bliznowiec *(keloid)*. Doświadczenie poucza, że po użyciu prądów bardzo silnych (przekraczających 30—50 miliamp.), działających choćby nawet i krótki czas na tkankę, występują szczególnie wtedy, jeżeli działanie prądu nie było rozłożone na większą powierzchnię, lecz skupiało się dokoła bieguna o małej średnicy (n. p. katoda w postaci igły lub cienkiej sondy), owrzodzenia niebolesne, atoniczne, wymagające często długiego okresu czasu do zupełnego zabliźnienia. Te właśnie niepożądane odczyny po zabiegach leczniczych w kierunku silnego przerostu tkanki łącznej zbitej, względnie w kierunku obumarcia tkanki, były niewątpliwie powodem, dlaczego elektroliza po pierwszych próbach została na dłuższy okres czasu zarzuconą. Dopiero z końcem ubiegłego stulecia pojawiają się nowe próby, już więcej pewne, bo oparte na poprzednich doświadczeniach. Słyszymy już o stosowaniu elektrolizy jednobiegunowej w pewnych przewlekłych schorzeniach skóry, przebiegających ze stałem rozszerzeniem naczyń tętniczych i żylnych *(acne rosacea)*, w znamionach naczyniowych i barwikowych, w przerostach gruczołów skórnych, w sprawach nowotworowych dobrotliwych, n. p. brodawczakach i t. d.

Wydoskonalenie metody stosowania elektrolizy na miejsca bardzo ściśle ograniczone, jest dorobkiem niemal ostatnich lat kilkunastu. Polem odpowiedniem okazały się uchyłki włosowe *(folliculi)* i brodawki włosowe *(papillae pilorum)*. Przekonano się, że jeżeli po należytem wprowadzeniu katody, kończącej się cieniutką elastyczną igłą, przez uchyłek włosowy uda się wkłuć koniec igły w samą brodawkę włosa, następuje po pewnym okresie czasu przy użyciu już bardzo słabych prądów rozkład samej brodawki (elektrolity) i jeżeli tylko zniszczenie jej jest zupełne i doszczętne, odrodzenie włosa nie następuje więcej. I tu próby pierwotne, jak nas poucza dotyczące piśmiennictwo, były z razu niezupełnie udatne. Pouczyły one jednak wkrótce, że usunięcie elektrolityczne włosów jest przy należytem stosowaniu prądu i pewnej biegłości w technice metodą zupełnie pewną i prowadzi, co ważne, do wyników pod względem kosmetycznym zupełnie zadowalniających. Wydoskonalenie tej metody dowiodło, że stosowanie prądów, nie przechodzących siły 3—4 miliamp. nie prowadzi, jak dawniej twierdzono, do zgorzeli i to w szerokim promieniu od katody, lecz następstwem zabiegu będzie zawsze rozkład *(decompositio)* dotyczącej tkanki w znaczeniu elektrolitów, i to ściśle w miejscu zadziałania prądu. Badania histologiczne wyciętych kawałków skóry, w zakresie której dokonywano elektrolitycznego usunięcia włosów przy najrozmaitszem nasileniu siły prądu, pouczyły, że obszar, w którym dokonywa się rozkład tkanki pod wpływem prądu, pozostaje w pewnym stałym stosunku do wymiarów katody i że o działaniu w kierunku rozkładu tkanki na znaczną odległość niema mowy. Ubytki, powstałe po rozkładzie tkanki zostają zastąpione przez tkankę łączną, która w warunkach racyonalnego usuwania włosów, tj. jeżeli katoda (igła) jest odpowiednio cienką i jeżeli prąd nie przechodzi pewnego dozwolonego *maximum*, w późniejszych

okresach nie przedstawia się nigdy w postaci blizny, klinicznie dostrzegalnej. Giovannini (1895), który przeprowadzał bardzo ścisłe badania histologiczne uchyłków włosowych i ich otoczenia po elektrolitycznem usunięciu włosów prądami rozmaitej siły, wykazał, że użycie prądu 0,8—1,2 M. A. przez trzydzieści sekund w zupełności wystarczy, aby zniszczyć brodawkę włosową, przyczem w otoczeniu przychodzi do pewnego odczynu zapalnego, który zwykle dopiero po pewnym czasie ustępuje Jeżeli siła prądu przekracza 3 M. A., wtedy dopiero możemy mówić o zniszczeniu w nieco większym promieniu od katody; jak zauważono, występują wtedy zmiany i w zakresie najbliżej położonych gruczołów, t. j. łojowych i mięśni gładkich, *(m. m. arectores pilorum)*. Wtedy także i odczyn zapalny obszerniejsze zatacza kręgi, a wyrazem jego klinicznym bywają obrzęki, jakie przy nieoględnem stosowaniu elektrolizy tak często postrzegamy.

Jakkolwiek już oddawna, bo niemal równocześnie z pierwszemi próbami wprowadzenia elektrolizy do dermatoterapii, skierowano usiłowania lecznicze także w kierunku niszczenia tkanki łącznej włóknistej (blizny, włókniaki i t. d.), to jednak już po pierwszych próbach dano na długi okres czasu za wygraną. Pierwsze usiłowania w tym kierunku, zanotowane w piśmiennictwie, nie zdawały się doprowadzać do dobrych wyników i zniechęciły wielu do kroków dalszych. Wprawdzie tu i ówdzie słyszymy o zupełnie udałych próbach zastosowania elektrolizy w leczeniu twardzieli skóry *(sclerodermia)* lub o częściowem usunięciu zbyt wybujałych blizn pooperacyjnych, to jednak przeważnie uznawano wyniki w tym kierunku za chybione, a często wprost niepomyślne. Jeżeli jednak dziś przypatrzymy się uważnie tej kazuistyce z całego szeregu lat końca ubiegłego stulecia, to może i łatwiej zrozumieć nam wypadnie owe tak zgodnie i jednomyślnie publikowane wyniki niepomyślne zabiegów, dotyczących stosowania elektrolizy w tkance łącznej zbitej, włóknistej. Oto wynika z zestawienia tej kazuistyki przedewszystkiem, że około 80 procent przypadków, w których notowano wyniki niepomyślne, względnie w których zauważono po leczeniu wprost pogorszenie procesu chorobowego, dotyczyło t. zw. bliznowców (keloid). Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że właśnie bliznowce stanowią owe *noli me tangere* wobec każdej metody operacyjnej, a przedewszystkiem wobec zabiegów wpływających drażniąco na same twory bliznowcowe (żegadło Pacquelina, metody chemiczne, galwanokaustyka i t. d.), będziemy musieli z tego punktu widzenia nieco odmiennie oceniać te niekorzystne wyniki, dotyczące zabiegów drogą elektrolizy i nie możemy polegać na samej statystyce, jako czynniku decydującym o wartości zabiegu, jako metody leczniczej.

Crusell i Wertheimber byli pierwszymi, którzy usiłowali usuwać zwężenia cewki moczowej zapomocą elektrolizy. Dowiadujemy się jednak z pracy Dittla, że nie stosowali oni bynajmniej swojej metody w przypadkach tak zwanych zwężeń prawdziwych *(strictura vera)* cewki, lecz przeważnie w przypadkach tak zwanych zwężeń wrzekomych, tj. spowodowanym naciekiem zapalnym w błonie podśluzowej (t. zw. szerokich zwężeń w znaczeniu Otisa). Dowiadujemy się, że autorowie ci nie osiągali nigdy wyników zadowalniających, spotykali często niekorzystne powikłania (krwawienie, zatrzymanie moczu i t. d.) i zarzucili swój sposób leczenia w stosunkowo krótkim czasie. Tripier i Mallez stosowali elektrolizę w prawdziwych (tkankołącznowych) zwężeniach cewki, używając bateryi, złożonych z 12 ogniw dwusiarkanu rtęci, później z 18 ogniw siarkanu rtęciowego. Elektrodę, wprowadzoną do cewki aż po miejsce zwężone, stanowiła przetyczka (mandryn) metalowa, pokryta w całości, z wyjątkiem przedniego odcinka, gumowym cewnikiem, w celu ochronienia ścian cewki moczowej przed działaniem prądu. Początkowo używano przetyczek (mandrynów), zakończonych cienką oliwką; później umieszczano na końcu cewnika walce z pakfongu długości około 2—3 cm., aby po wprowadzeniu elektrody do miejsca zwężonego umożliwić także działanie prądu we wszystkich kierunkach na większej przestrzeni. Elektrodę dodatnią, zakończoną gąbką, umieszczano na skórze wewnętrznej strony uda, ujemną wprowadzano ostrożnie aż do zewnętrznego ujścia miejsca zwężonego. Po zamknięciu prądu posuwano, naciskając lekko, elektrodę ujemną coraz to dalej w miarę postępu w rozkładzie tkanki, aż przeszkoda w całości została usuniętą i elektroda swobodnie poruszać się mogła tam i napowrót. Z tą chwilą, kiedy elektroda przedostała się poza tylne ujście właściwego zwężenia, uważano zabieg, o ile nie zaszły jakieś powikłania, za skończony i zadowalniano się tylko po pewnym upływie czasu kontrolą wyniku leczniczego zapomocą zgłębnika. Sondowanie następowe, jako utrwalające uzyskany wynik pooperacyjny, powtarzano później w pewnych stałych okresach czasu, aby zapobiedz możliwym nawrotom.

Wyniki opisane przez Malleza i Tripiera, były rzeczywiście nadzwyczaj zachęcające i mogły dać pochop współczesnym chirurgom do nowych prób w wytkniętym kierunku. Rzecz dziwna, że ci właśnie, którzy bezpośrednio niemal po tych tak zachęcających publikacyach powyższych autorów zabrali się do stosowania metody elektrolitycznej i do doświadczeń kontrolnych, zupełnie nie byli z wartości leczniczej tego zabiegu zadowoleni i nie wyrażają się również o metodzie samej bynajmniej korzystnie. Do tych ostatnich należy Dittel, który zniechęcony odrazu pierwszą nieudaną próbą, wypróbował metodę klinicznie tylko w trzech później ogłoszonych przypadkach. Jeden z przypadków Dittla dotyczył zwężenia twardego *(strictura callosa)* już poza dołem łódkowatym *(fossa navicularis)*, nadającego się zatem już przedewszystkiem swojem umiejscowieniem do leczenia elektroliza. Dittel podaje jednak, że stosując w tym przypadku powyższy zabieg, nie tylko nie osiągnął najmniejszego wyniku dodatniego, tj. nie udało mu się po zamknięciu prądu wsunąć elektrody ani o milimetr naprzód, ale następstwem zabiegu było nadto silne obrzmienie ujścia cewki moczowej i miernego stopnia krwawienie. Po kilku godzinach wystąpiło także podniesienie ciepłoty. W następnych dwu przypadkach wynik był podobny, tj. najzupełniej ujemny; w jednym z nich wystąpiło nadto po zabiegu silne zapalenie cewki z wyciekiem ropnym. Te trzy przypadki zniewoliły Dittla do zaprzestania dalszych doświadczeń w kierunku metody elektrolitycznej i spowodowały go do wygłoszenia następującego zdania (w pracy swojej „Die Stricturen der Harnröhre“ w r. 1880): „Drei eclatante Misserfolge berechtigen mich, gerechte Zweifel gegen eine Methode auszusprechen, deren physicalisch technische Ausführung ich einem der geübtesten Specialisten anvertraut hatte. Wenn ich die Frage stelle, ob es wohl Jemandem gelungen sei, mit der electrolytischen Methode an irgend einer Stelle im Zeitraum von wenigen Minuten eine alte Bindegewebsneubildung wegzubringen, so würde ich wahrscheinlich eine Antwort bekommen, die mein Misstrauen gegen diese Methode vollständig rechtfertigte“.

Trudno sobie zdać sprawę, dlaczego w przypadkach Dittla wyniki zastosowania elektrolizy były tak niekorzystne i wprost ujemne. Czy używał prądów o nieodpowiedniej sile, czy elektrody były nienależycie zrobione, lub czy przeszkoda leżała w wadliwej technice samego zabiegu? Te trzy nieudałe próby mogły zapewne zniechęcić Dittla do dalszego stosowania tej metody w leczeniu zwężeń cewki moczowej, nie powinny jednak były skłonić chirurga tej miary do wypowiedzenia w sposób apodyktyczny wyroku potępiają-

cego o metodzie jako takiej i o jej wartości leczniczej wogóle. To zdanie, przez Dittla wypowiedziane, wystarczyło, aby na długi znów okres czasu zaniechano wszelkich dalszych usiłowań w tym kierunku, przynajmniej w szerokich kołach szkoły Dittla i jej zwolenników. Powaga Dittla, jako chirurga i urologa tłómaczy nam zupełnie dostatecznie, jak mógł. wydany przez niego sąd, choćby tylko na małem doświadczeniu oparty, wpłynąć na opinię świata lekarskiego o pewnym zabiegu leczniczym i spowodować zniechęcenie do dalszych prób w tym kierunku na cały szereg lat.

Dopiero u samego schyłku ubiegłego stulecia podjęto na nowo dawne usiłowania, tym razem już z lepszym wynikiem. Nie zrażono się zrazu skutkami niezupełnie idealnymi, zmieniano kształt i budowę elektrod, modyfikowano potrzebną siłę prądu i udowodniono, że potępiający wyrok Dittla nie był bynajmniej wyrokiem ostatecznym. Największa część zasługi w tym kierunku przypada niewątpliwie Newmanowi (*Results of electrolysis versus divulsion or cutting in the treatment of uhretral strictures.* New York med. record. 1897, March. 27)[1]). On to pierwszy zastosował budowę bieguna ujemnego (czynnego) do warunków miejscowych w cewce, jak również uprościł, uprzystępnił samą technikę rękoczynu. On również ustanowił zasadę, aby siła prądu nie przekraczała nigdy i pod żadnym warunkiem siły 5 milamp. i aby nie starać się nigdy zbyt forsownie uciskać katodą zewnętrznego ujścia zwężenia. Newman obywał się w zupełności bez jakichkolwiek środków znieczulających błonę śluzową i podaje, że najczęściej udawało mu się przeprowadzić oliwkę bieguna czynnego przez miejsce zwężone w ciągu 10 minut. Zabieg powtarzano następowo u tego samego chorego co tydzień lub co dwa tygodnie i po kilku tygodniach (tj. po 5—6-ciokrotnej powrotnej elektrolizie) osiągano już wynik dodatni zupełnie pewny.

Newman zaznacza wyraźnie w swojej pierwszej publikacyi (a następnie i w drugiej, dotyczącej tego samego przedmiotu), że po przeprowadzonym w powyższy sposób zabiegu nie spostrzega nigdy powrotnego zwężenia. Howland (*Treatment of stricture of the urethra by electrolysis.* Journ. of cutaneous and geniturinary diseases 1897 Sept.) leczy również metodą podaną przez Newmana, nie trzyma się jednak podanej przez niego maksymalnej siły użytego prądu. Howland osiąga w pewnych przypadkach zupełnie zadowalniające wyniki (szczególnie przy zwężeniach krótkich) już po jednem lub po dwóch posiedzeniach, jednak przy sile prądu 6—8 miliamperów. Zabieg poprzedza dokładne wypłókanie cewki przedniej gorącem roztworem formaliny (1:5000). W trzech przypadkach (na sześciu operowanych) wynik był ujemny i dopiero uretrotomia wewnętrzna doprowadziła do pożądanego wyniku. Howland poleca po zabiegu elektrolitycznym sondowanie cewki w sposób systematyczny do Nru 26 skali francuskiej, dla utrwalenia osiągniętych wyników.

Lang (*Die therapeutische Verwerthung der Elektrolyse, insbesondere bei Stricturen der Harnröhre.* „Wiener klinische Wochenschrift“ 1897, Nr. 7) używa metody elektrolitycznej w szeregu przypadków, z których trzy, stanowiące treść publikacyi, pozostawały przez dłuższy okres czasu w następowej obserwacyi klinicznej. Lang uważa metodę elektrolityczną za bardzo korzystną i dającą duże rękojmie w kierunku leczenia doszczętnego zwężeń cewki moczowej. Autor podaje bardzo praktyczną modyfikacyę ujemnej elektrody, będącą do dziś dnia w użyciu, a usuwa nią zwężenia bardzo znacznego stopnia, bo i takie, przez które tylko zgłębnik odpowiadający Nr. 4—5 skali Charierra (*bougie filiforme*), przeprowadzić był w stanie. Lang zwraca również uwagę na jeden z bardzo ważnych szczegółów techniki operacyjnej. Przestrzega mianowicie, aby po wprowadzenia katody przez zwężenie i po zamknięciu prądu nie pozostawiać sondy (elektrody), przez czas dłuższy w jednem i tem samem miejscu, ale starać się w miarę rozpoczynającego się rozkładu tkanki (co poznajemy po wydobywających się przez ujście cewki bańkach gazu) posuwać oliwkę sondy lekko, lecz ustawicznie naprzód, uciskając nią nieznacznie ujście zwężenia i wprowadzając w ten sposób katodę coraz to dalej. Postępujemy tu podobnie jak przy wprowadzaniu zwykłej sondy metalowej, tj. posuwamy nie tyle w głąb sondę, ile raczej staramy się nawlec cewkę na sondę, podobnie jak rękawiczkę na palec. W ten sposób kontrolujemy najdokładniej przy zupełnie lekkim ucisku, o ile zwężająca cewkę tkanka łączna została rozłożoną i o ile możemy się posunąć naprzód. Zatrzymując oliwkę w jednem i tem samem miejscu, zamiast posuwać ją coraz to dalej, postępujemy możliwie najniekorzystniej, ponieważ z jednej strony rozłożywszy już tkankę, otaczającą bezpośrednio katodę, nie działamy tym sposobem zupełnie już na dalej położone części bliznowatej tkanki, z drugiej zaś strony niszczymy tylko w dalszym ciągu bezpośrednio okalające katodę głębsze pokłady ścian cewki moczowej, których należało bezwarunkowo oszczędzać. Tą drogą właśnie narażamy cewkę na głęboko drążące zniszczenia, doprowadzamy do krwotoków z ciała jamistego, niejednokrotnie trudnych do zatamowania, lub też powodujemy, co bardzo częste, duże ogniska zgorzelinowe, w miejscu których w następstwie wytworzona blizna może prowadzić do znaczniejszego zwężenia światła cewki, aniżeli to, które było powodem pierwotnego zabiegu operacyjnego.

Lang wprowadza bezpośrednio po usunięciu zwężenia sondy metalowe i to tej grubości, na jakie tylko pozwala cewka tuż po zabiegu operacyjnym. Najczęściej zdołał Lang tuż po operacyi elektrolitycznej wprowadzić sondę Nr. 20—21 skali Chariera. Już choćby ze względu na tę jedną okoliczność uważa Lang zabieg elektrolityczny za najkorzystniejszy ze wszystkich sposobów leczenia zwężeń cewkowych i stawia go wyżej z różnych punktów widzenia od uretrotomii wewnętrznej. Podczas gdy przy operacyi krwawej, nacinamy partye zwężone tylko w jednem lub dwu miejscach, uzyskujemy drogą elektrolizy rozszerzenie jednostajne we wszystkich kierunkach jednocześnie, bo dokoła całej powierzchni czynnego bieguna. Z drugiej zaś strony wiadomem jest, że usiłowania idealnego wyjałowienia cewki moczowej przed operacyą, pozostaną zawsze na razie tylko *pium desiderium* operującego lekarza. Zakażenia zatem rany po operacyi krwawej zdarzają się i zdarzać się muszą mimo najściślejszej antywzględnie aseptyki ze strony operatora. Elektroliza, wywołując rozkład tkanek organicznych, niszczy równocześnie, jak to zostało udowodnionem, i wszelkie zarazki wytworzonej miazgi, wyjaławia zatem pole operacyjne, przez co możliwość zakażenia pooperacyjnego zostaje niemal wykluczoną. Ponieważ operacya elektrolityczna należy z reguły do zabiegów zupełnie bezkrwawych (obrażenia ciała jamistego są przypadkowe i nie leżą w programie zabiegu), przeto i powikłania w kierunku nacieku moczowego należeć mogą chyba do najrzadszych wyjątków. Drobne obrażenia powierzchownych naczyń lub miąższowe nieznaczne krwawienie, spowodowane częstokroć drogą czysto mechaniczną przy przesuwaniu elektrody z miejsca na miejsce, tamuje zwykle samo działanie elektrolizy już przy najsłabszych prądach.

Jako *conditio sine qua non* do przeprowadzenia zabiegu elektrolizą, stanowi według Langa możliwość przeprowadzenia przez miejsce zwężone świeczki (*bougie filiforme*), odpowiadającej swą średnicą Nr. 5—6 skali Chariera. Jak wiadomo, zwężenia, które nie odpowiadają temu warunkowi, są nadzwyczaj rzadkie. Zupełna niedrożność jest najczęściej chwilową i spowodowaną zapalnem obrzmieniem ścian cewki. Obrzmienie to bywa właśnie często spowodowanem forsownemi próbami wprowadzenia narzędzia i ustępuje, skoro tylko cewkę pozostawimy jakiś czas w spokoju.

[1]) Praca znana mi tylko z obszernych sprawozdań, między innemi w „Jahrosbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie“.

Lang wymaga zupełnej drożności dla zgłębnika (konduktora) przed rozpoczęciem rękoczynu. Będę się starał wykazać, streszczając przypadki zwężeń, przezemnie operowane, że zupełna drożność dla zgłębnika przez całą długość zwężenia jest lub może być w wielu razach zbyteczną. Wystarczyło mi już bowiem kilkakrotne wprowadzenie zgłębnika do połowy, ba, nawet tylko do zewnętrznego ujścia zwężonego przestworu, aby ułatwić sobie kontrolę przy wprowadzeniu katody i kierowaniu nią w dalszym ciągu. Przy usuwaniu zwężeń krótkich, t. zw. pierścieniowatych, zabieg nawet i bez konduktora daje się o ile mnie doświadczenie pouczyło, łatwo uskutecznić.

Debredat *(Méthode électrolytique dans le traitement des rétrécissements de l'urethre; modification aux olives de Newmann.* „Journal de médecine" 1898, V. X) zmienił do pewnego stopnia sposób postępowania Newmanna, mianowicie o tyle, że sporządzał tylko część oliwki (zakończenia katody) z metalu, podczas gdy druga jej część wykonaną była z kości słoniowej i ta właśnie pozostawała w połączeniu ze zgłębnikiem elastycznym, który torował drogę przez miejsce zwężone. W ten sposób zmieniał zarazem kierunek prądu, a więc i działanie elektrolizy na odwrotny (od tyłu ku przodowi), przez co ochraniał dokładniej inne części błony śluzowej przed przyżeganiem. Debredat używał zresztą, podobnie jak Newmann, przeważnie prądów tylko o słabem nasileniu i to przez czas krótki, a powtarzał natomiast sam zabieg bardzo często Wyniki, jakie uzyskiwał od r. 1890 miały być znakomite.

Vernay *(L'électrolyse circulaire. Résultats cliniques dans le rétrécissements du canal de l'urèthre.* „Lyon médical" 1900, Vol. 95) wyróżnia działanie natychmiastowe elektrolizy od działania następowego, t.j. działania, jakie daje się stwierdzić po upływie dłuższego czasu (kilka tygodni po zabiegu). Vernay używa oliwek Debredata i podaje dokładny przebieg i wynik operacyi w sześciu operowanych przez siebie przypadkach. Autor podnosi w swoich spostrzeżeniach nadzwyczaj małą bolesność zabiegu, jakoteż i ten bardzo ważny fakt, że w czasie trzechletniej obserwacyi nie przyszło do nawrotu sprawy chorobowej. Zabieg odnosił dobre wyniki nawet w przypadkach bezwzględnej niedrożności zwężenia, przyczem udawało mu się po jednem do dwu posiedzeń uzyskać drożność natychmiastową dla zgłębnika, odpowiadającego Nr. 10—16 Chariera. W kilka tygodni później rozszerzano jeszcze następowo dotyczące odcinki cewki moczowej do 20—22 skali Cheriera. Na podstawie swych sześciu przypadków uznaje Vernay okrężną elektrolizę za bezwzględnie najlepszy i najkorzystniejszy sposób usuwania zwężeń cewki moczowej, przedewszystkiem w porównaniu do cięcia wewnętrznego *(urethrotomia interna).* Autor ten uznaje wogóle li tylko potrzebę cięcia zewnętrznego *(urethrotomia externa)* i to naturalnie jedynie w tych przypadkach, w których wszystkie inne metody nie doprowadziły do pożądanego wyniku.

Fort (*Du traitement des retrécissements uréthraux par l'électrolyse lineaire*) jest zwolennikiem elektolizy linijnej, a zatem postępowania, analogicznego do cięcia uretrotomem. Autor operował tym sposobem w stu czterdziestu przypadkach i miewał bardzo dobre wyniki przy sile prądu do dziesięciu MA. Fort przyznaje, że nawroty zwężenia zdarzały się po stosowaniu tej metody, co zresztą łatwem jest do zrozumienia, o ile zabieg elektrolityczny, działający w jednym lub w dwu kierunkach, nie może zastąpić nigdy w swych skutkach zabiegu z zakresem działania okrężnego.

Garay *(Quelques mots au sujet d'electrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre)* operuje również jednolinijnie i uważa tę metodę za równoważnik cięcia wewnętrznego. Garay różni się jednak w swem postępowaniu od Forta przedewszystkiem tem, że używa prądów nadzwyczaj silnych, bo dochodzących do 40 MA. i rozszerza bezpośrednio po zabiegu cewkę mechanicznie przez kilka dni z rzędu. Przyrządy Garaya i Forta, które możnaby nazwać elektrolitycznymi uretrotomami, nie znalazły jednak szerszego zastosowania, jako też elektroliza linijna wogóle. Przeważna część autorów (między nimi Keating-Hatt) przechyla się stanowczo do pierwotnego postępowania Newmanna, uważając zabieg linijny za niedostateczny i niepewny.

Cholzow *(Ueber die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mit Elektrolyse.* „Allgem. med. Zentral-Zeitung", 1900, Nr. 77) podaje wyniki swoich doświadczeń z przypadków, w których używał bądź to elektrod Newmanna, bądź też Debredata. Cholzow operował przy sile prądu od 5 do 9 MA. przez dwie do trzynastu minut Autor ten uprawiał początkowo li tylko metodę jednokierunkową (linijną), później zarzucił ją zupełnie i przeszedł do metody okrężnej. Przed właściwym zabiegiem radzi zawsze, o ile to tylko jest możliwem, przeprowadzać rozszerzania przygotowawcze miejsc zwężonych cienkimi zgłębnikami, a to w tym celu, aby z jednej strony doprowadzić do możliwego przekrwienia w zakresie tkanek, z drugiej zaś strony, aby następowo przy właściwym zabiegu zdołać wprowadzić jak najszerszą elektrodę; autor wychodził z założenia, że nie należy pozwolić na zogniskowanie działania elektrolitycznego na bardzo małej przestrzeni, lecz starać się przez wprowadzenie jak najszerszych oliwek o rozłożenie działającego prądu na jak największą powierzchnię.

Cholzow nie ograniczał się do jednego posiedzenia; przeciwnie, w większości swoich przypadków powtarzał zabieg kilkakrotnie. Autor odnosi wyniki pooperacyjne nie tyle i nie wyłącznie do bezpośredniego działania elektrolizy na tkankę, ile może więcej do tak zwanego odczynu następowego. Ten odczyn następowy, występujący dopiero po pewnym upływie czasu, nazywa autor działaniem trzeciorzędnem, które polegać ma na przeciągłem niszczeniu tkanek przez wytworzony elektrolizą żrący wodnik sodowy *(Aetznatron).* Ten sposób zapatrywania się na sprawę ze strony autora, a przedewszystkiem to podporządkowanie działania bezpośredniego elektrolizy na tkanki działaniu następowemu w drodze drugorzędnego procesu chemicznego, wymaga bezwarunkowo bliższego uzasadnienia. Wyniki zupełnie zadowalniające, wprost namacalne, jakie uzyskujemy bezpośrednio po zabiegu elektrolitycznym, nie pozwalają bezwarunkowo na obniżenie znaczenia pierwszorzędnego, jakie przypisać musimy bezpośredniemu działaniu prądu, nie wykluczając przytem bynajmniej dalszego działania następowego w zakresie samej tkanki; w działaniu tem jednak dojrzeć możemy tylko czynnik drugorzędny. Cholzow jest wprawdzie bezwarunkowym zwolennikiem metody elektrolitycznej, zastrzega się jednak na podstawie swojej statystyki (obejmującej dwadzieścia dwa przypadków) od jakichkolwiek wniosków co do trwałości uzyskanych wyników leczniczych, ponieważ w ogłoszonych przypadkach pożądane byłyby jeszcze dłużej trwające spostrzeganie i kontrola.

(Dokończenie nastąpi).

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.**

Przyczynek do leczenia operacyjnego zwichnięć nawykowych rzepki sposobem Ali Krogiusa.

Podał

Dr. A. Rydygier (syn).

Ostatnimi czasy czytamy tak często o nowych lub nowymi być mających sposobach, których z wyjątkiem ich wynalazcy nikt zresztą nie próbuje, bo nie przedstawiają w rzeczywistości żadnych korzyści. Chwalebny w tym względzie wyjątek przedstawia sposób Ali Krogiusa[1]) i zaleca

[1]) Prof. Ali Krogius: Zur operation Behandlung der habituellen Luxation der Kniescheibe (*Centr. f. Chir.* 1904, Nr. 9).

się rzeczywiście do dalszego naśladowania. Ażeby na ten ładny, powiedziałbym nawet dowcipny, sposób większą zwrócić uwagę i podnieść jego zalety, podaję w krótkości opis naszego przypadku, w którym przekonaliśmy się o łatwości w wykonaniu tego sposobu i dobrym jego wyniku funkcyonalnym.

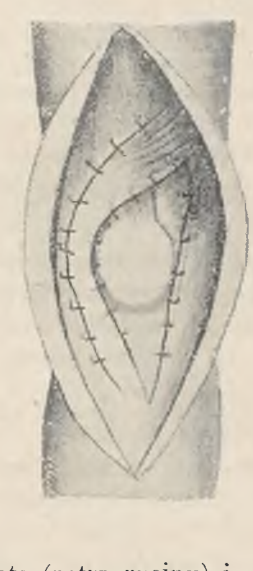
W listopadzie b. r. zgłasza się do nas dziewczynka lat 10 licząca i skarżąca się na dolegliwości w lewej nodze. Przed dwoma laty miała upaść i stłuc sobie lewe kolano. Zawezwany znachor rozpoznaje zwichnięcie nogi w kolanie i wykonywa silne naciągania, wskutek czego rzepka miała zeskoczyć na zewnątrz i w tem położeniu już pozostać. Po dłuższem chodzeniu występują bole, wprawdzie nie zbyt silne, a od czasu do czasu noga w kolanie nawet puchnie. Ponieważ stan ten się nie poprawia, a raczej pogarsza, przywieziono chorą do kliniki i zgodzono się na operacyę.

Stan obecny: Dziewczę na swój wiek dobrze rozwinięte. W płucach objawy lekkiego nieżytu oskrzelowego. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian. Po stronie lewej kolano koślawe (*genu valgum*) małego stopnia; po stronie prawej zaledwie zaznaczone. Po wyprostowaniu nogi lewej widzimy, że rzepka wprawdzie leży pomiędzy kłykciami kości udowej, wyraźnie jednak zbacza na zewnątrz od osi długiej kończyny i zwraca się równocześnie swą powierzchnią przednią także na zewnątrz, a nie wprost ku przodowi, jak bywa prawidłowo. Przyczyną takiego ustawienia rzepki zdaje się być wyłącznie nad zwykłą miarę rozwinięty kłykieć wewnętrzny kości udowej lewej. Przewaga ta kłykcia wewnętrznego nad zewnętrznym występuje jeszcze wyraźniej, gdy chora zegnie kolano pod kątem prostym: wówczas bowiem zeskakuje rzepka zupełnie na stronę zewnętrzną kolana tak, że wewnętrzny jej brzeg zwraca się wprost ku przodowi, a powierzchnia przednia patrzy całkiem ku zewnątrz. Wówczas wyczuwa się kłykcie udowe zupełnie wyraźnie, pokrywają je bowiem tylko części miękkie. i znów po wyprostowaniu kolana rzepka wskakuje bez żadnej pomocy na pierwotne swe prawidłowe miejsce. Ponad stawami nadgarstkowymi i na palcach widać krzywicze zgrubienia; na żebrach nie można wykazać różańca.

W kilka dni po przyjęciu chorej do kliniki pojawia się u niej wskutek zbytniego biegania po schodach i w ogrodzie lekki wysięk w stawie kolanowym, który jednak po zastosowaniu okładów wysychających z płynu Burowa i po przeleżeniu kilku dni w łóżku zupełnie ustępuje.

Operacyę wykonano dnia 2/I r. b. dokładnie według przepisu Ali Krogiusa: na zewnętrznym brzegu rzepki





poprowadzono cięcie lekko łukowate (patrz ryciny) i odpreparowano ku obu stronom skórę od jej podstawy tak, że cała przednia część stawu kolanowego została odsłoniętą. Następnie nacięto powierzchowne warstwy torebki stawowej na zewnętrznym brzegu rzepki nieco łukowato, a po wewnętrznej stronie wycięto podłużny płat o dwóch mostkach, tak jednak, że się stawu kolanowego nie otworzyło. Wewnętrzny płat mięśniowo-ścięgnisty przesuwa się i wszywa w cięcie zewnętrzne, a ranę po nim pozostałą na wewnętrznym brzegu rzepki zaszywa się. W ten sposób przez mniej lub więcej szerokie wykrojenie płata wewnętrznego można mniej lub więcej przeciągnąć rzepkę ku stronie wewnętrznej. Działanie zeszycia wzmacnia jeszcze przy kurczeniu się znakomicie mięsień gruby (*m. vastus medial.*), którego włókna wchodzą w górny brzeg płata.

Operacya dała się zupełnie według przepisu i z wszelką łatwością wykonać. W przebiegu pooperacyjnym nie mamy nic nadzwyczajnego do zaznaczenia; chora powoli coraz to lepiej mogła używać operowanej nogi; tylko przy silnem zgięciu pokazywała się jakoby skłonność do dawniejszego przesunięcia; nigdy jednak nie nastąpiło zwichnięcie rzepki. Zdaje nam się, że przyczyny tego szukać należy w zbyt wązkiem wykrojeniu wewnętrznego płata, a żadną miarą nie można tego kłaść na karb sposobu operacyjnego.

Zalecamy operacyę Ali Krogiusa jak najusilniej, a przestrzegalibyśmy tylko, żeby nie przykrawać zbyt wązko płata wewnętrznego.

III. Z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent Oddziału.

(Dokończenie).

Ciała obce w przełyku.

I. *S. D.*, lat 5, przyjęty dnia 23/III 1905. Przed 7 dniami miał się zakrztusić guzikiem metalowym, od tego czasu ulega zupełnej niemożności połykania pokarmów stałych, trudności w połykaniu płynów, ból w klatce piersiowej poza obojczykiem. W celu przekonania się o obecności ciała obcego i miejscu jego uwięznięcia wprowadziłem do przełyku miękką sondę, która napotkała na opór w górnej części przełyku. Po wyjęciu sondy wprowadziłem w pozycyi siedzącej chorego ezofagoskop z przetyczką (mandrynem) do odpowiedniej, oznaczonej już przedtem sondą wysokości. W ezofagoskopie widziałem wyraźnie brzeg monety. Ezofagoskopię z trudnością tylko mogłem wykonać, chory bowiem silnie się rzucał. Z powodu spóźnionej już godziny i braku asystencyi dalsze zabiegi odłożyłem na drugi dzień; postanowiłem ciało obce wyjąć w uśpieniu przy pomocy ezofagoskopu. Drugiego dnia rano zauważyłem, iż chłopak silnie gorączkuje (ciepł. 39·5), obok tego stwierdziłem na szyi odmę podskórną, która miała wystąpić już wieczorem poprzedniego dnia. Wobec tego postanowiłem oddać chorego w ręce chirurga w celu wykonania ezofagotomii, gdy tenże atoli z powodu braku czasu przyjść nie mógł, przystąpiłem tegoż dnia koło godziny 3 po południu do ezofagoskopii, ciało obce bowiem na jakiejkolwiek drodze, ale musiało być usunięte. U dziecka uśpionego wprowadziłem ezofagoskop, w którym dokładnie można było zobaczyć świecący brzeg ciała obcego. Kilkakrotne próby wydobycia szczypczykami nie udały się, ciało obce przy pociąganiu go w górę zawsze się wyślizgiwało; nagle wystąpiła duszność, pomimo tego jednak usiłowałem jeszcze wydobyć ciało obce, sądząc, iż może ono, obniżywszy się, ugniata tchawicę, ale i te próby były bez wyniku; gdy duszność była już znacznego stopnia, wykonałem tracheotomię, przez ranę tracheotomijną założyłem tracheoskop, w którym jednak można było widzieć, iż tchawica jest zupełnie wolna. Założyłem przeto kaniulę i ponieważ wystąpiła sinica, przystąpiłem do sztucznego oddychania, które jednak pozostało bez skutku.

Sekcya wykonana przez prof. Ciechanowskiego, wykazała: Na szyi rana tracheotomijna. Opony miękkie przekrwione biernie, zresztą bez zmian. Śródpiersie tylne naciekłe cieczą ropiasto-posokowatą; tkanka śródpiersia szarawo-zielono zabarwiona, rozmiękająca. W tkance śródpiersia przedniego, szczególnie po stronie lewej, rozległa i wybitna odma. Jamy opłucne: lewa bez zmian, w prawej jamie znajduje się powietrze, a na dnie nieco cieczy ropiastoposokowatej. Opłucna lewa gładka, lśniąca; prawa przyćmiona, pokryta włóknikiem i ropą. Płuco prawe zupełnie zapadnięte, pomniejszone, leży przy kręgosłupie; miąższ bezpowietrzny, jędrny, różowy, dość suchy. Miąższ płuca lewego wszędzie powietrzny, jędrny, różowy i dość suchy. Błona śluzowa oskrzeli gładka, bladoróżowa. Gardło, krtań, tchwica prócz rany tracheotomijnej) bez zmian, tak samo worek osierdziowy i serce. Przełyk: W górnej części ponad poziomem rozdziału tchawicy znajdują się na obu bocznych ścianach przełyku dwie wrzecionowate, wązkie, pionowo ustawione, głębokie odleżyny, o brzegach i dnie dość gładkich, pokrytych warstewką ropy. Odleżyna po stronie prawej przebija ścianę przełyku na wskróś tak, że dno jej łączy się swobodnie z jamką, wypełnioną treścią posokowatoropiastą, a zajmującą górną część śródpiersia tylnego i łączącą się znów otworem o brzegach strzępiastych z prawą jamą opłucną. Od jamki tej ciągnie się nieco ku dołowi, a znaczniej ku górze (aż prawie do tylnej ściany gardła), w tkance pozaprzełykowej przedkręgowej szczelinowaty przestwór, wypełniony treścią posokowatoropiastą, o ścianach nierównych, strzępiastych. Poniżej poziomu rozdziału tchawicy znajduje się wzdłuż lewej ściany przełyku pionowe rozdarcie o brzegach dość ostrych, przenikające ścianę przełyku na wskróś; tkanka śródpiersia w tem miejscu częścią dotknięta odmą (od przodu), częścią rozmiękła, naciekła cieczą posokowatą, szarawobrunatną. Wreszcie w dolnej części przełyku tuż ponad wpustem tkwi ciało obce: guzik metalowy o dość ostrych brzegach, okrągły, wielkości niemal dwukoronówki, o średnicy = $22\frac{1}{2}$ mm.; po stronie wklęsłej jego znajduje się metalowe kółko, służące do przyszycia.

Rozpoznanie anatomiczne: *Corpus alienum in oesophago. Decubitus oesophagi cum perforatione. Mediastenitis posterior gangraenosa. Pneumothorax dexter. Pleuritis septica dextra. Atelectasis pulmonis dextri. Tracheotomia l. a. f.*

Przypadek ten jest zajmujący tak ze względu na zmiany, jak i na szybkość ich wystąpienia. Guzik metalowy o znacznych rozmiarach (średnica bowiem jego przeważa nad średnicą światła przełyku) i o brzegach ostrych dostaje się do górnej części przełyku, gdzie uwięza. Uciskając na ściany przełyku, wywołuje swoim brzegiem odleżynę; odleżyna ta odpowiednio do pionowego ułożenia guzika występuje w postaci wrzecion, usadowionych pionowo po obu stronach przełyku. Kółko zaś na stronie wklęsłej guzika, wystając poza wklęsłość, musiało się także przyczyniać do silniejszego jeszcze rozszerzenia ścian przełyku. Przebijając do śródpiersia, wytwarza tam jamkę, wypełnioną treścią posokowatoropiastą, która znowu łączy się otworem o brzegach strzępiastych z jamą opłucną prawą. Jamka opisana rozszerza się ku górze w tkance pozaprzełykowej w przestwór, wypełniony treścią posokowatoropną. To są zmiany, będące następstwem ucisku brzegu guzika na ściany przełyku z przebiciem ich po stronie prawej. Czas, w którym te zmiany się rozwinęły, wynosił zaledwie 7 dni. Dziecko w dniu przyjęcia, t j. siódmego dnia, miało się stosunkowo dobrze, narzekało tylko na niemożność połykania i bole poza mostkiem. Wobec tego stosunkowo dobrego stanu dziecka postanowiłem najpierw przekonać się o obecności i miejscu usadowienia ciała obcego. Przeprowadziłem przeto ezofagoskopię. Prawdopodobnie skutkiem niespokojnego zachowania się dziecka wprowadzony ezofagoskop spowodował obniżenie się ciała obcego ku dołowi z nieznacznem prawdopodobnie, ale ostrem przebiciem ścian przełyku. Następstwem przebicia była odma śródpiersia przedniego i szyi, która wystąpiła w niedługim czasie po ezofagoskopii. Trudność wydobycia ciała obcego w ezofagoskopie następnego dnia jest, uwzględniając gładkość ciała obcego, rzeczą zrozumiałą; przypuszczam też, iż większa część przedarcia sztucznego błony śluzowej przełyku nastąpiła dopiero dnia następnego. Wobec istniejącego już posokowatego zapalenia śródpiersia dolnego z przebiciem do opłucnej oczywiście każdy zabieg byłby bezskuteczny. W przypadku tym postępowałem wedle metod obecnie polecanych, t. j. stosowałem ezofagoskopię tak w celu rozpoznawczym, jak i przymusowo w celu wydobycia ciała obcego, a robiłem to tem chętniej, że poprzednio już osobiście się przekonałem, jak wielkie i ostre ciała obce dadzą się w ten sposób usunąć.

Przypadek ten wobec wymienionych przedtem zmian musiał się skończyć niepomyślnie: ani ezofagotomia, ani żaden inny zabieg wobec istniejącego już posokowatego zapalenia śródpiersia uratować pacyenta nie mógł; przebicie więc przełyku tak przy ezofagoskopii, jak i prawdopodobnie przy próbach wydobycia, mogło tylko zejście śmiertelne nieznacznie przyspieszyć; to samo atoli byłoby się stało choćby i po najenergiczniejszym zabiegu chirurgicznym.

Z możnością atoli powstania głębszej odleżyny w każdym przypadku, gdzie ciało obce dłużej leży i o rozmiarach stosunkowo wielkich liczyć się musimy, oznaczenie atoli czasu, w którym odleżyna już powstać mogła, wreszcie oznaczenie głębokości odleżyny jest i będzie chyba rzeczą ogromnie trudną. W przypadkach, w których przypuszczać już możemy istnienie głębokiej odleżyny, wszelkie zabiegi od strony ust byłyby przeciwwskazane, pozostałaby się tylko ezofagotomia przy ciałach, usadowionych w górnej części przełyku, gastrotomia przy nizkiem ułożeniu. Odleżyny powierzchowne, jak i powierzchowne zranienia błony śluzowej przełyku nie przedstawiają przeciwwskazania do ezofagoskopii. W razie przebicia do śródpiersia z wywołaniem tamże, jak to zwykle bywa, posokowatego zapalenia, wszelkie nasze zabiegi będą nadaremne.

Obok tego mam do zanotowania jeszcze dwa przypadki ciał obcych w przełyku z wynikiem atoli pomyślnym.

II. *S. J.*, lat $2\frac{1}{2}$, badana 1/II 1905, utrzymuje, że dnia poprzedniego wieczorem miała się zakrztusić dwukopijką; odtąd doświadcza niemożności połykania potraw stałych, oraz bolu przy połykaniu płynów. Rodzice zgłosili się z dzieckiem dnia 2/IV popołudniu.

Chcąc mieć pewność obecności ciała obcego i miejsca jego usadowienia, odesłałem pacyentkę do Dr. Frommera celem rentgenoskopii. Badanie to wykazało obecność ciała obcego na wysokości pierwszych kręgów piersiowych. Tegoż samego dnia wieczorem przystąpiłem do ezofagoskopii; wykonałem ją w uśpieniu chorej. Po założeniu ezofagoskopu udało mi się przez krótką tylko chwilę widzieć ciało obce, które samo przy rozszerzaniu przełyku przesuwało się w dół, aż wreszcie wpadło do żołądka. Przesunąłem jeszcze ezofagoskop aż do samego wpustu żołądka i przekonawszy się o tem, iż przełyk jest zupełnie wolny, wyjąłem ezofagoskop. Poleciłem rodzicom podawać dziecku odpowiednią dyetę (potrawy mączne, ryż, kaszę i t. d.) i następnego dnia udać się znowu do rentgenoskopii. Badanie to wykazało drugiego dnia po wydobyciu, obecność kopijki już w jelitach cienkich. Trzeciego dnia ciało obce zostało wydalone z przewodu pokarmowego. Dziecko tylko w pierwszych dniach po ezofagoskopii narzekało na bole gardła, zresztą było zupełnie zdrowe.

III. *H. G.*, lat 26, zgłosiła się dnia 1/V 1905 podając, iż dnia 27/IV połknęła kość i od tego czasu odczuwa ból przy połykaniu płynów, a zupełną niemożność połykania potraw stałych.

W pozycyi siedzącej chorej wprowadziłem odrazu ezofagoskop do górnej części przełyku; przy oświetleniu lampką Kirsteinowską widać było dokładnie ciało obce, znajdujące się w górze przełyku; ciało to ułożone było poprzecznie, więcej zbliżone do ściany przedniej; usiłowałem je wyciągnąć szczypczykami kulistymi, jednak już po jednokrotnej nieudanej próbie wziąłem odrazu hak, zagięty pod kątem prostym, którym zmieniłem położenie ciała obcego na skośne, a następnie po przyciśnięciu hakiem kości do brzegu ezofagoskopu, wyjąłem bez najmniejszego wysiłku ezofagoskop razem z kością. Była to czółenkowato podłużna kość o ostrych końcach i brzegach długości 25 mm. Po wyjęciu ciała obcego wprowadziłem jeszcze raz ezofagoskop, w którym widać było w miejscu uwięznięcia ciała obcego na obu bocznych ścianach przełyku podbiegnięcia krwawe. Chora zgłosiła się na drugi dzień opowiadając, iż zaraz po wyjęciu ciała obcego czuła się zupełnie zdrową i zupełnie swobodnie mogła połykać; wobec tego odesłałem ją do domu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Przegląd nowszych środków wewnętrznych przeciwrzeżączkowych i uwagi o ich działaniu [1]).

Podał

Dr. Roman Leszczyński,

asystent kliniki dermatologicznej lwowskiej.

Dawniej leczenie czysto miejscowe rzeżączki liczyło więcej zwolenników. Dziś liczba ich zmalała, ponieważ pojawiły się nowe leki wewnętrzne, wiele skuteczniejsze, a nie wywołujące przykrych ubocznych skutków. Dawniejsze środki: kubebice lekarski i balsam kopaiwiany, działając korzystnie na przebieg rzeżączki, wywołują nieraz ciężkie objawy ze strony skóry, przewodu pokarmowego, a co najważniejsze — nerek. Olejek sandałowy, prócz lekkich zaburzeń żołądkowych, jak nudności, brak łaknienia, odbijania, nie sprowadza zwyczajnie żadnych większych dolegliwości. Toż rzec można, że z rozpowszechnieniem używania olejku sandałowego, jest bowiem znany od roku 1741, weszło leczenie wewnętrzne rzeżączki na nowe, a lepsze tory.

Olejek sandałowy istnieje w trzech gatunkach: jako wschodnio-indyjski, zachodnio-indyjski i australski. Istotą działającą jest *Santalol* (*sesquiterpenalkohol* $C_{15}H_{24}O$ H. v. Soden „Archiv f. Pharm.“, 1904, p. 361), wrzący przy 300⁰, który w dobrym gatunku wschodnio-indyjskiego olejku znajduje się w ilości 93—98%; zachodnio-indyjski zawiera go tylko 30—40%. Prócz Santalolu znajdujemy w małych ilościach cały szereg innych substancyi, które w znacznej mierze wywołują wspomniane zaburzenia żołądkowe. Najważniejszą z nich jest *Santalen* $C_{15}H_{24}$. Nadto olejek sandałowy wschodnio-indyjski fałszowanym bywa takiemi domieszkami, jak n. p. olejek zachodnio-indyjski, cedrowy, rącznikowy, lniany, kopaiwiany, sezamowy i inne, a wedle Riehla („Wien. med. Wochenschr.“ 1898) i Mayerhardta („Therap. Monatshefte“ 1900) domieszki te są również ważną przyczyną działań ubocznych.

Wytworzono tedy przetwory czyste, zawierające tylko „sesquiterpenalkoholowe“ składniki, mianowicie gonorol (= *Ol. Santali-Santalen* = *Santalol* $C_{15}H_{24}O$) i arrhéol ($C_{15}H_{26}O$). Oba te przetwory podaje się w kapsułkach i dawkach, jak olejek sandałowy. Odnośnie do gonorolu ważne są doświadczenia Meissnera („Dermatolog. Centrbl.“, Bd. VI, N. 2), które wykazały, że u zwierząt karmionych santalenem występowało z reguły krwotoczne zapalenie nerek, (u niektórych także silne zapalenie jelit), podczas gdy po gonorolu makroskopowo i mikroskopowo nie można było żadnych zmian w nerkach dostrzedz. Zawarte w olejku sandałowym i podobnych substancyach terpeny i im pokrewne związki zostają jako takie wessane i tworzą w ustroju połączenia podwójne z kwasami glikuronowymi, które to połączenia następnie jako łatwo rozpuszczalne sole przechodzą do moczu. Częściowo łączą się też terpeny w analogiczny sposób z kwasami eterosiarkowymi. Mocz, wysycony tymi składnikami, ulega daleko później gniciu, niż w zwykłych warunkach. Pozostaje dłuższy czas przejrzystym, a nawet po opadnięciu kryształów tripelfosfatu pokrywa się tylko na powierzchni pleśnią, podczas gdy bakterye gnilne nie rozwijają się wcale lub tylko słabo (Schmiedeberg). Mocz taki posiada dalej podwyższoną kwasotę, a opłókując błonę śluzową cewki, powoduje zmniejszenie objawów zapalnych, szczególnie wydzieliny, utrudnia i powstrzymuje rozwój gonokoków.

Dalszym krokiem naprzód było zastosowanie do leczenia rzeżączki przetworów salicylowych, a przedewszystkiem salolu.

Salol (*phenylum salicylicum*) jest estrem fenylowym kw. salicylowego. W dwunastnicy pod wpływem soku trzustkowego i zasad rozkłada się na fenol i kwas salicylowy. Kwas salicylowy zostaje wchłonięty i następnie wydzielony jako salicylany lub po połączeniu się z glikokolem jako salicylurаty. Mocz barwi się wtedy po dodaniu chlorku żelazowego na ciemno-czerwono-fioletowo.

Fenol po wchłonięciu szybko się wydziela, a to w połączeniu z kwasem siarkowym i kwasami glikuronowymi, w małej tylko ilości wolny; wreszcie jako dihidrooksybenzole, t. j. pyrokatechina i hidrochinon, który, utleniając się na powietrzu, nadaje moczowi znaną ciemną brudno-zieloną barwę.

Klinicznie wiemy, że salol działa antyseptycznie i przeciwzapalnie na drogi moczowe; podnosi kwasotę moczu, oczyszcza go, zwyczajnie nie drażni nerek i szczególnie korzystnym okazuje się w zapaleniu cewki i pęcherza, zwłaszcza jego szyjki, gdzie szybko usuwa dokuczliwe parcie. Dla tych zalet bywa często stosowanym.

W miarę, jak santal i salol znajdowały coraz większe uznanie i rozpowszechnienie, wysilał się przemysł chemiczny na tworzenie coraz to nowych kombinacyi i rzucał na targ coraz to nowe przetwory. Oto niektóre z nich:

Ol. Salosantali jestto 33⅓% roztwór salolu w olejku sandałowym wschodnio-indyjskim z dodatkiem nieco olejku miętowego (w kapsułkach). Podobnym przetworem jest *santal salolé* Lacroix. *Salantol* czyli *salacetol* jest estrem acetolu i kwasu salicylowego; są to białe łuski trudno rozpuszczalne w wodzie zimnej; w połączeniu z olejkiem sandałowym w tak zw. perełkach Sala.

Kapsułki tarolinowe zawierają *salol*, *ol. santali* i *extr. cubebarum*. Dalej *Sanon* zawiera 3 części salolu, 3 części *ol. cubebarum* i 10 części *ol. santali* (podaje się w kapsułkach).

W końcu *antirrhinol*, mający zawierać *salolum tannicum albuminatum*.

Błękit metylenu poleca się (w kapsułkach à 0·05 3—4 dziennie) przy schorzeniach górnych dróg moczowych. Białobrzeski („Gaz. lekar.“, 1903, Nr. II) podnosi jego działanie przeciwzapalne, uspokajające i antyfermentacyjne, szczególnie w nieżytach dróg moczowych. W połączeniu z olejkiem sandałowym spotykamy go w handlu jako *Santal Monal au bleu de methylène* (6—10 kapsułek).

[1]) Odczyt wygłoszony w Towarz. lek. lwowskiem dnia 17 marca 1905 roku.

Wyciąg z *piper methysticum* pod nazwą *extr. Kava-Kava fluidum* dawniej był znanym ze swych własności, szczególnie znieczulających. Zawiera on dwie żywice α i β, oraz dwie substancye krystaliczne, zdaje się obojętne: *methysticin* = *kavahin* i *yangonin*. Po oddzieleniu ich zostają żywice α+β które w ilości 20%, dodane do najczystszego olejku sandałowego, tworzą znany przetwór gonosan (Kava-santal). Podaje się w kapsułkach à 0·30, których chory zażywa po 10—12 dziennie. Gonosan, wytworzony przez firmę Riedla, wprowadzony został do leczenia przez Bossa („Deutsche Med. Ztg.", 1902, Nr. 98 i „Monatsber. f. Urol.", Bd. VIII, Nr. 10). Literatura o gonosanie dziś już dość obfita (patrz: Melun „Monatsber. f. Urol.", 1905, Nr. 1) Wszystkie mniej więcej zdania przyznają temu przetworowi wielkie zalety. Przedewszystkiem szybko zmniejsza bolesność cewki; a czem bardziej stężony będzie roztwór kwasów żywicznych w moczu, tem silniej to działanie występuje. Słusznie też poleca Boss ograniczanie ilości płynów przy podawaniu gonosanu. Równocześnie zmniejszają się inne objawy zapalne, jak obrzęki; wydzielina staje się coraz mniej obfitą, mocz oczyszcza się, parcie, jeśli było, wnet ustępuje; bolesne wzwody nie powtarzają się. Wogóle stan podmiotowy znacznie się poprawia. Przedmiotowo możemy stwierdzić obok zmniejszenia wydzieliny, zmniejszenie liczby gonokoków. Badania bakteryologiczne Saalfelda i Piórkowskiego wykazały, że gonosan działa zabójczo na gonokoki; hodowle gonokoków, poddane przez 5 minut działaniu moczu chorych, przyjmujących gonosan, ginęły. Zaś mocz taki, przechowany w termostacie, po trzech dniach nie okazuje jeszcze śladów gnicia.

Dalszą zaletą gonosanu jest to, że nie wywołuje żadnych zaburzeń żołądkowych, ani podrażnienia nerek. Co najwyżej spotykamy lekkie odbijania i to przeważnie u pacyentów, którzy już dawniej w innej formie poznali olejek sandałowy. Najważniejszym jest jednak korzystny wpływ gonosanu na ograniczenie sprawy chorobowej. Wszelkie powikłania występują znacznie rzadziej, niż przy jakiemkolwiek innem leczeniu. Gdy wedle dawniejszych statystyk zapalenie tylnego odcinka cewki występowało w 59—93% przypadków, to przy leczeniu gonosanem nie przenosi wedle Spitzera 8%.

Działanie znieczulające i ten właśnie wpływ na ograniczenie się sprawy chorobowej, są to zalety, jakiemi żaden inny środek poszczycić się nie może i które stawiają gonosan na czele obecnie używanych przetworów balsamicznych. Boss określa w następujący sposób konieczne własności dobrego leku przeciwrzeżączkowego: 1) musi działać kojąco na proces zapalny; 2) zwiększać ilość moczu; 3) zmniejszać wydzielinę; 4) niszczyć gonokoki, lub przynajmniej powstrzymywać ich rozwój; 5) działać przez powściąganie popędu płciowego przeciw wzwodom i zmazom.

Gonosan, jak widzimy, nie tylko czyni zadość tym wymaganiom, ale nawet je przewyższa.

Z innych przetworów grupy balsamów wymienię jeszcze libanol, czyli *ol. ligni cedri athlanticae,* który podaje się w kapsułkach do 3.00 dziennie i sylwaninę Dupin, która jest olejkiem *pini maritimae*

Kwasy żywiczne, jakie spotykamy w moczu po użyciu olejku sandałowego i jego pochodnych, strącają się kwasami mineralnymi, n. p. kwasem azotowym, tworząc obrączkę jak przy białkomoczu. Obrączka ta rozpuszcza się jednak po dodaniu alkoholu, podczas gdy obrączka białka zostaje. Czem bardziej wysyconym jest mocz kwasami żywicznymi, tem wyraźniejsza, obfitsza, tem bardziej zbita jest ta obrączka. Wielką rolę odgrywa tu naturalnie rozcieńczenie moczu. Jeśli chory przyjmuje wiele płynów, ilość moczu będzie znaczną, ale mocz ten będzie mało wysyconym i obrączka mało wyraźną.

Jednakowoż niezależnie od rozcieńczenia moczu, przy przybliżenie takiej samej jego ilości, spotkać można u jednych chorych obrączkę obfitą, zbitą, u drugich nikłą, mało wyraźną, a nawet, w rzadkich zresztą przypadkach, obrączki takiej wcale nie dopatrzymy. Być może, że u jednych w jelitach zostaje wchłonięty większy odsetek olejku, u innych mniejszy; również być może, że w pewnych organizmach przemiana olejku sandałowego idzie dalej i przechodzi on do moczu wtedy częściowo tylko jako kwasy terpeno-glikuronowe, a zresztą pod postacią innych bliżej nam nieznanych produktów. Być może zresztą, że rzeczywiście tylko ilość moczu jest powodem tego zjawiska. W każdym jednak razie podnieść to należy, że przypadki, w których po dodaniu kwasu azotowego występuje w moczu obfita obrączka kwasów żywicznych (przy używaniu wewnętrznem leków balsamicznych) przebiegają przeważnie korzystnie.

Extr. Pichi Pichi fluidum z *fabiana imbricata* używane było już dawniej w schorzeniach dróg moczowych. Obecnie znajduje się w handlu pod nazwą fabianozy (*Dragées de fabianose*), stanowiąc składnik działający wyciągu (o wzorze przypuszczalnym $C_{18}H_{21}O_2$). Nadto istnieją kołaczyki (tabletki) urosteril, których N. I zawiera *extr. Pichi Pichi à 0·25*, zaś N. II *extr. Pichi Pichi 0·25, saloli tannini aa 0·125.*

Z liści mącznicy niedźwiedziny (folia uvae ursi), tak ulubionych w formie odwaru, wydobyto glikozyd arbutynę $C_{12}H_{16}O_7$, która z wodą rozkłada się na cukier i hidrochinon, przechodzący do moczu

Z *extr. siccum fol. uvae ursi* fabrykowano kołaczyki uropuriny (uropural), zawierające po 0·25 wyciągu; nadto jest N. II tych kołaczyków z salolem, N. III z urotropiną i N. IV z aspiryną. W końcu pod nazwą diosmal poleca M. Fürst („Monatsh. f. prakt. Derm.", Bd 35, N. 7) *extractum foliorum Bucco* przy rzeżączce, zapaleniu pęcherza, miedniczek i nerek.

Odrębną grupę stanowi *hexamethylentetramin* i jego pochodne.

Heksametylentetramin $(CH_2)_6N_4$ czyli urotropina (syn. cystamina, cystogen, formina, aminoform) powstaje przez działanie amoniaku na trioksymentylen i odwrotnie, wydziela w moczu wolny formaldehyd, szczególnie w oddziaływaniu kwaśnem. Środek ten został wprowadzony przez Nikolaiera w r. 1894. Piśmiennictwo odnośne zebrał i krytycznie opracował Lubowski: („Allgem. med. Centr. Ztg." 1902"). Zajmujące szczegóły zawiera też większa praca doświadczalna Vindevogla (H. Vindevogel: De l'urotropine „Annales de la Société de sciences médicales de Bruxelles" 1902 — Ref. „Ann. des mal. des org. urin." 1903, N 10). Lubowski w swej wyżej wspomnianej pracy streszcza wskazania do podawania heksametylentetraminu jak następuje:

1) w skazie moczanowej; 2) w schorzeniach dróg moczowych na tle drobnoustrojów; 3) w fosfaturyi, gdyż podnosi silnie kwasotę moczu; 4) w durowem zapaleniu pęcherza; 5) zapobiegawczo przed operacyą dla odkażenia dróg moczowych. Środek ten rzeczywiście wybornie działa w zapaleniu miedniczek, pęcherza i cewki. Pamiętać jednak trzeba, że znane są zatrucia urotropiną, objawiające się białkomoczem, moczeniem krwawem, nawet hemoglobinuryą, w pierwszym jednak rzędzie bolesnem parciem (stranguryą) (Warren-Coleman). Mało używanym przetworem jest saliformina czyli *hexamethylentetraminum salicylicum.*

Pochodnym urotropiny jest niedawno wprowadzony helmitol (citramin). Jest to połączenie heksametylentetraminu z kwasem anhidrometylencytrynowym. Lek ten chorzy znoszą bardzo dobrze, działa słabo moczopędnie, natomiast silnie odkażająco, podnosi kwasotę moczu i wyjaśnia go, a przytem usuwa szybko bolesne parcie. Dlatego Gilbert („Dtsch. Praxis", 1904) powiada, że helmitol jest wskazany zawsze i wszędzie, gdzie zwalczamy bakterye w drogach moczowych (z wyjątkiem jednak gonokoków), szczególnie przy odczynie zasadowym moczu Heuss („Monatsh. f. prakt. Dermat.", 1903, N. 3) twierdzi, że działanie helmi-

tolu, polegające na wydzielaniu formaldehydu, przewyższa 4—6-krotnie działanie urotropiny. Także doświadczenia farmakologiczne Silberschmidta wykazały, że siła bakteryobójcza moczu po helmitolu jest znacznie większa, niż po urotropinie. Zdania Seiferta, Schützego, P. Rosenthala, Schwerina, Sigmundta, A. Krausa, Goldschmidta, Müllera brzmią wszystkie korzystnie dla helmitolu. Polecanym bywa w zapaleniu miedniczek, pęcherza (lecz nie na tle gonokoków), cewki, w fosfaturyi i skazie moczanowej; doskonały przy bakteryuryi, mniej pewny przy rzerzączce.

Dioksybenzolheksamentylentetraminem jest hetralina i zawiera 60% urotropiny. Wedle Lohnsteina przetwór ten podnosi wybitnie kwasotę moczu, dlatego poleca on go w fosfaturyi; zresztą działa podobnie jak urotropina i helmitol, ale słabiej.

Po użyciu wszystkich środków tej grupy wykazać można formaldehyd w moczu zapomocą próby Jörissena: do 100 sz. cm. moczu dodajemy nieco rozczynu $^1/_{1000}$ floroglucyny; wstrząsamy, dodajemy 2 sz. cm. ługu sodowego; występuje zabarwienie różowo-czerwone. Można też użyć próby Rieglera (*phenylhydrazinum hydrochloricum* i *natr. caust.*: zabarwienie różowe).

Ze wszystkich wyżej przytoczonych środków najmłodszym jest *arrhovina*. Jest to połączenie estryfikowanego kwasu *thymylbenzoësowego* i *diphenylaminu*. Jest to płyn aromatyczny, w wodzie nierozpuszczalny, natomiast w alkoholu, eterze, chloroformie, oliwie. Arrhowina jest nietrującą i podaje się ją w kapsułkach à 0·25 po 3—5 dziennie. Burchard i Schlockow („Mediz. Woche", 1903, N. 48) pierwsi przeprowadzili systematyczne badania tego nowego środka i wykazali, że wchłania się w żołądku b. szybko, bo już po 15 minutach, i przechodzi pod nieznaną postacią do moczu, nadając mu bardzo silne własności bakteryobójcze. Ważnym jest szczegółem, że nierozpuszczalna w wodzie arrhowina, nie posiada jako taka tych wysokich własności bakteryobójczych, jakie uzyskuje po przejściu przez ustrój. Mocz po zażyciu arrhowiny wstrzymuje bardzo szybko rozwój bakteryi w hodowlach. Arrhowina oczyszcza szybko mocz, podnosi jego kwasotę i wyjaławia go. Przytoczeni autorowie, oraz Reiner („Socialärztl. Presse", Bd II, N. 6), J. A. Goldmann („Monatsh. für prakt. Derm.", Bd. 39, Nr. 1) i Strauss („Prager med. Wochschr.", 1904, N. 24) przynoszą spostrzeżenia kliniczne nader korzystne dla arrhowiny. Stosują ją wewnętrznie w kapsułkach i zewnętrznie w postaci pręcików i czopków (*bacilli urethrales*, *globuli vaginales*) z masłem kakaowem lub w rozczynie z oliwą do tamponów. Podnoszą, że arrhowina jest nietrującą i nieszkodliwą, działa silnie odkażająco w drogach moczowych i jest skuteczną jako lek przeciwrzeżączkowy. Zmniejsza ona objawy zapalne i podmiotowe dolegliwości i leczy samą sprawę rzeżączki, działając moczopędnie, ściągająco i odkażająco (Goldmann); w końcu ma posiadać jeszcze jedną własność: będąc substancyą pochodną kwasu tymylbenzoësowego przeprowadza trudno rozpuszczalny kwas moczowy w łatwo rozpuszczalny kwas hippurowy. Kwas moczowy, jak wiadomo, wywołuje zmiany w stawach: arrhowina, usuwając go z krążenia, zmniejsza niebezpieczeństwo powikłań rzeżączkowych ze strony stawów i osierdzia.

Z tego, co wyżej powiedziałem, wyprowadzam następujące wnioski: 1) Olejek sandałowy powinien ustąpić miejsca przetworom oczyszczonym, t. j. gonorolowi i arrhéolowi. Leki balsamiczne wogóle tylko w kapsułkach powinno się podawać.

2) Gonosan jest obecnie najlepszym z przetworów balsamicznych: działa jako lek znieczulający, przeciwrzeżączkowy i zapobiegawczy.

3) Salol, chociaż toksyczny, jest pewnym przetworem w nieżytach ropnych dróg moczowych, szczególnie w zapaleniu cewki i pęcherza.

4) Urotropina, helmitol, hetralina, wydzielając formaldehyd, odkażają drogi moczowe, podnoszą kwasotę moczu, usuwają fosfaturyę. Urotropina, najbardziej toksyczna, hetralina najsłabiej działająca. Prawdopodobnie helmitol okaże się najlepszym przetworem tej grupy.

5) Arrhowina jest środkiem silnie wyjaławiającym drogi moczowe. Wymaga dalszych doświadczeń.

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Hijmans v. d. Bergh: **Sinica pochodząca z jelita.** (Enterogene Cyanose). (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 83, Z. i 2, 1905). Przed 2 laty opisał pierwszy Stokvis (*Festschr. f. Leyden*) przypadek t. zw. *cyanosis autotoxica enterogenes*: 38-letni mężczyzna, cierpiący na silną biegunkę, okazywał na skórze i dostępnych badaniu błonach śluzowych wyraźną sinicę, a na ostatnich członkach palców pałeczkowato zgrubienie (t. zw. *Trommelschlägelfinger*); krew zawierała stale małą ilość methemoglobiny, która zdaniem Stokvisa brała początek z jelit skutkiem wessania się trujących substancyi do krwiobiegu i zamiany pewnej części Hb w MHb. Wkrótce później ogłosił Talma 3 zupełnie podobne przypadki takiej samej *Methaemoglobinaemia enterogenes*; obecnie dodaje autor 2 dalsze przypadki, spostrzegane w szpitalu w Rotterdamie. Jeden z nich dotyczył 9-letniego chłopca, którego musiano wkrótce po urodzeniu operować z powodu zarośnięcia odbytu, poczem jednak na nowo wytworzyło się zwężenie odbytu skutkiem zaciągnięcia się blizn pooperacyjnych. Spływający przez istniejącą przetokę mocz z pęcherza do kiszki stolcowej zatrzymywał się wraz z zalegającą treścią kałową powyżej zwężenia i wywoływał stan zapalny kiszek z znacznem wzdęciem całego brzucha. Wybitna sinica na całem ciele, obecność pałeczkowatych zgrubień na członkach palców, po stanowczem wykluczeniu wady serca wrodzonej, kazały upatrywać przyczyny niezwykłego zabarwienia skóry we krwi. Rzeczywiście badanie spektroskopowe wykryło obecność we krwi nie methemoglobiny, ale sulfhemoglobiny, a badanie chemiczne wykazało obecność H_2S. W myśl powyższych spostrzeżeń zastosowane leczenie, a mianowicie: założenie cewnika ustalonego (*cathether à demeure*), celem przeszkodzenia ustawicznemu spływaniu moczu do jelita i wytwarzaniu w niem amoniakalnej fermentacyi; podanie urotropiny, wykluczenie z dyety pokarmów białkowych w celu ograniczenia tworzenia się H_2S w jelitach, a wreszcie mechaniczne rozszerzanie odbytu bądź zapomocą pręcików blaszeńcowych, bądź palcami w uśpieniu, — odniosło szybko skutek widoczny: stolec się uregulował, objętość brzucha znacznie zmalała, stan ogólny poprawił się znacznie, a sinica skóry i błon śluzowych zmniejszyła się bardzo wybitnie. Był to więc przypadek „autotoksycznej sulfhemoglobinemii. Drugi podobny dotyczył „autoksycznej methemoglobinemii. Mianowicie u 25-letniego mężczyzny, okazującego przewlekłe miąższowe zapalenie nerek, istniała od dłuższego czasu miernego stopnia biegunka: skóra na policzkach, brodzie, na palcach rąk i nóg, jakoteż błona śluzowa jamy ust przedstawiała uderzające fiołkowo-sine zabarwienie. Badanie spektroskopowe krwi wykazało obecność MHb i t. d. nie w osoczu, ani w surowicy, ale w samym skrzepie krwi (*intraglobuläre Methämoglobinaemie*). Najciekawszem zjawiskiem było, że MHb, — a co za tem idzie i sinica, pozostawała w ścisłej zależności od dyety: znikała w zupełności po zastosowaniu bezwzględnej dyety mlecznej, a pojawiała się w ciągu kilku godzin po podaniu mięsa. Wobec tego, że czynniki i wpływy, jakie w ogólności są zdolne zamienić Hb w MHb są bardzo liczne, a po części jeszcze i niezupełnie znane, — autor nie rozstrzyga pytania, któremu z nich przypisać należy przyczynową rolę w tej zamianie Hb w MHb; będzie to zadaniem przyszłych klinicznych badań większej liczby podobnych przypadków. *Wilczyński.*

Wolownik. **O zachowaniu się komórek szpiku kostnego w rozmaitych stanach chorobowych.** (*Zeitschrift für klin. Med.*, T. 56, Z. 5 i 6, 1905). Dla lekarza, któryby się chciał zapoznać z postaciowym składem i budową szpiku kostnego, prace dotychczasowe w tym kierunku przedstawiały pewną trudność z tego powodu, iż nie wszyscy badacze posługiwali się temi samemi metodami barwienia, a co za tem idzie, różnili się między sobą przy opisywaniu i liczeniu nawet tego samego gatunku komórek. Praca powyższa wyróżnia się pod tym względem, celując niezwykłą jasnością i przejrzystością. Opierając się na stosunkowo skromnym materyale sekcyjnym, przechodzi autor po kolei główniejsze schorzenia i bada przy nich zachowanie się szpiku kostnego. W gruźlicy, zakażeniu posokowatem, w sprawach nowotworowych, w wadach serca,

w zapaleniu nerek — znajdują się w szpiku przeważnie — myelocyty, natomiast w zapaleniu płuc, w marskości wątroby i wszędzie tam, gdzie wciągnięte są w sprawę chorobową gruczoły chłonne — limfocyty. Wielojądrzaste neutrofilne przeważają przy sprawach ropnych i owrzodzeniach, eozynofile zaś w zapaleniu płuc i nerek. W gruźlicy i raku spotyka się znacznie zwiększoną ilość komórek olbrzymich i ciałek czerwonych jądrzastych. *Wilczyński.*

C. Jarvis. **O współczesnej epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Ameryce.** (*La presse medicale*, 1905, Nr, 36). Epidemia ta pojawiła się w lutym r. 1904, osłabła znacznie podczas lata i jesieni, ażeby w zimie znowu gwałtowniej wybuchnąć. W ostatnim tygodniu m. grudnia liczba przypadków śmierci w samym Nowym Yorku wynosiła 18. W przeciągu stycznia roku bieżącego śmiertelność tygodniowa wynosiła przypadków 30, w lutym 49, w marcu 89, w kwietniu 131. Od 1-go stycznia do 15-go kwietnia było 910 przypadków śmierci w samym Nowym Yorku. Jest to śmiertelność znaczniejsza od śmiertelności epidemii śląskiej, która liczyła 582 przypadki śmierci na 1.088 zachorowań. Równocześnie szerzy się epidemia ta także w innych okolicach Stanów Zjednoczonych. Pojawiła się ona w r. 1806 w Stanie Massachusset i dotąd zdaje się mieć upodobanie do tego Stanu. W ubiegłym wieku spostrzegano w Ameryce cztery wielkie epidemie: w r. 1809, 1864, 1874 i 1897-ym. Ta ostatnia objęła 27 stanów. Od czasu srożenia się epidemii zarząd sanitarny miasta Nowego Yorku zamianował komisyę, złożoną z siedmiu lekarzy i bakteryologów, dla badania tej choroby i zarządzeń zapobiegawczych. Komisya wysłała okólniki do wszystkich lekarzy i przeprowadza badania nad sposobem przenoszenia się drobnoustrojów, ich własnościami biologicznemi, rozpoznaniem różniczkowem i własnościami aglutynacyjnemi. Verril przypuszcza, że pchły są przenośnikami drobnoustrojów na ludzi zdrowych. Councilmans zwraca uwagę na groźny i beznadziejny przebieg tych wypadków, w których jest połączone działanie dwoinek Weichselbauma z innymi drobnoustrojami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Wszystkie spostrzeżenia zgodnie podają nader częste pojawienie się objawu Korniga, bo w 90% przypadkach. Davis wskazuje na częste występowanie i ciężkość zaburzeń ocznych w tej epidemii. Ze stanowiska leczniczego najczęściej stosowano kąpiele i nakłócie lędźwiowe. Wolff stwierdza antagonizm między prątkiem Klebsa-Loefflera a dwoinkami Weichselbauma i zaleca wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej. Podobnież Waitzfelder zachwala ten środek, wcześnie stosowany i codziennie powtarzany, aż do ustąpienia ciężkich objawów chorobowych. *Dr. Blassberg.*

Strażesko. **W sprawie działania środków gorzkich na wydzielniczą czynność żołądka.** (*Russkij Wracz*, 1905, 12). Doświadczenia S., wykonane w pracowni prof. Pawlowa na psie z odosobnionym małym żołądkiem, wykazały, że małe ilości leków gorzkich (*t-ra amara, extr. amarum, extr. quassiae*), użytych na 15' przed jedzeniem, podnoszą wydzielniczą pracę żołądka; duże zaś dawki, przeciwnie, mają wpływ tamujący, który trwa w ciągu kilku dni. Jeśli stosujemy dawki duże w szeregu dni bez przerwy, powrót do zwykłej wydzielniczej czynności żołądka następuje znacznie później, po upływie 2—3 tygodni; prawidłowe wydzielanie soku występuje najpierw po użyciu chleba, następnie mleka, wreszcie mięsa. Długotrwałe stosowanie małych dawek nie sprowadza po ich zaprzestaniu żadnych następstw, lub 2—3 dniową wydzielinę nadmierną. Leki gorzkie nie mają żadnego wpływu na trawienną siłę soku, same przez się nie wywołują wydzieliny soku, który występuje tylko w razie dalszego spożycia pokarmu po zwykłym okresie utajonym. Wzmożenie wydzieliny soku występuje przeważnie w ciągu 1-ej i 2-ej godziny po spożyciu pokarmu; ogólna ilość wydzielonego soku przewyższa normę o 15—40%. Wzmożenie wydzieliny soku po małych dawkach zależy od wpływu psychicznego, który, jak wiadomo, warunkuje wydzielinę soku w pierwszym okresie pracy żołądka. Brak psychicznego wyniku przy stosowaniu dużych dawek leków gorzkich sprowadza niedobór wydzieliny (*hyposecrectio*), wskutek właśnie nie wydzielania się »soku psychicznego« i obniżenia tej ilości soku, która zależy od podrażnienia błony żołądka przetworami, pochodzącymi z przetrawienia pokarmu sokiem psychicznym. Pomimo zmian psychicznych, powstających w następstwie działania dużych dawek leków gorzkich, i bezpośrednie działanie tych leków na czynność komórek gruczołów żołądkowych odgrywa tu rolę. Będąc zwolennikiem poglądów prof. Pawłowa, że wzmożenie wydzieliny soku po użyciu leków gorzkich zależy od wpływów psychicznych i przedstawia „skojarzony odruch nerwowy“, nie odrzuca autor tłómaczenia prof. Borysowa, według którego środki gorzkie podnoszą pobudliwość zakończeń obwodowych nerwów smakowych, co sprowadza wzmożenie „bezpośredniego“ odruchu na gruczoły żołądkowe ze strony tych nerwów podczas przedostawania się pokarmu przez jamę ustną. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Maljutin. **Jeszcze jeden przypadek skutecznego upustu krwi w niewyrównanej czynności serca** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 16). Autor opisuje drugi przypadek, spostrzegany w klinice prof. Wagnera (Kijów), w którym zastosował upust krwi. Przypadek dotyczył człowieka w wieku lat 37, chorego na zwężenie lewego ujścia żylnego w okresie znacznego niewyrównania z wielkimi obrzękami nóg, płuc, żylnem tętnieniem wątroby, tętnieniem żył szyjnych, wysiękiem w opłucnej prawej, zmniejszeniem ilości moczu, silną dusznością i duszącym kaszlem z krwistą plwociną. Gdy zupełny spokój, dyeta mleczna i środki sercowe nie dały żadnej ulgi, M. odstawił wszystkie leki, a upuścił 500·0 krwi z żyły w zgięciu łokciowem. Już ku końcowi upustu chory czuł się o wiele lepiej, a po 4 dniach, gdy obrzęki na nogach opadły od zastosowania kaniulek Jontleya, chory czuł się wyśmienicie. Po 3 tygodniach jednak nastąpiło nowe pogorszenie: nowy upust krwi w ilości 160 grm. nie przyniósł jednak dobrego skutku i chory umarł w 47 dni po pierwszym upuście. Na podstawie tego spostrzeżenia M. poleca upust krwi w niewyrównanych wadach serca w tych przypadkach, w których najskuteczniejsze leki sercowe nie dają dobrych wyników, a objawy asystolii wzmagając się, doprowadzają do znacznego rozszerzenia komór sercowych, zwłaszcza prawej, co ujawnia się nadzwyczajną dusznością i sinicą wraz z wystąpieniem dużych obrzęków. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Doc. Krause (Wrocław). **Długotrwałe gorączki nieznanej przyrody.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, T. 85, Z. 1 i 2, 1905). Nierzadko się zdarza, że przyczyny istniejącej długotrwałej przerywanej czy zwalniającej gorączki nie da się wyśledzić i oznaczyć nawet najdokładniejszem badaniem klinicznem przy użyciu wszystkich rozpoznawczych środków, jakimi dziś rozporządzać możemy. Przypadki takie pozostają czasem niewyjaśnioną dla nas zagadką, nawet i po sekcyi. Zazwyczaj, jak to wiemy z prac Heubnera, Klemperera i ze znanego sprawozdania, wygłoszonego na zeszłorocznym Kongresie w Padwie przez turyńskiego klinicystę Bozzola, przyczyną dla tych gorączek bywa ukryte przewlekłe zapalenie wsierdzia, ukryta gruźlica n. p. gruczołów zaotrzewnych, drobne ogniska nowotworowe, n. p. w śródpiersiu, kiła w okresie trzeciorzędnym (znanymi zwłaszcza pod tym względem są kilaki wątroby), a wreszcie rozległy dział zakażeń krwi najrozmaitszymi drobnoustrojami (prócz gronkowców i paciorkowców, dwoinek zapalenia płuc, prątka okrężnicy, duru, błękitnej ropy, wchodzić tu może w grę dwoinka rzeżączkowa, prątek odmieniec (*proteus*), ziarenkowiec czworaczy (*tetragenus*) i t. d.). Ciekawy podobny przypadek opisuje autor, gdzie szczegółowe badanie i przeszło 5-miesięczne spostrzeganie w klinice Strümpla nie wykryły przyczyny trwającej od 9 miesięcy gorączki przerywanej. Po stanowczem wykluczeniu duru, zimnicy, gruźlicy, mięsaka limfatycznego, ropnia wątroby i t. d., rozpoznanie z pewnem tylko prawdopodobieństwem skłaniało się w stronę posocznicy; za nią przemawiała gorączka, stopniowy zapad sił, niedokrwistość następowa, wybroczyny na dnie oka, a tuż przed śmiercią na skórze i błonach śluzowych; — przeciw niemu — ujemne trzechkrotne badanie bakteryologiczne krwi (bliższych szczegółów, a zwłaszcza ilości krwi do badania pobranej, — niestety autor nie podaje), brak obrzęku śledziony, dreszczy, powikłań ze strony serca. Również i szczegółowe badanie anatomo-patologiczne nie rozświetliło i w tym przypadku przyrody choroby. *Wilczyński.*

Pietrow. **Przypadek włóknikowego zapalenia płuc z pomyślnem zejściem pomimo leukopenii.** (*Russkij Wracz*, 1905, Nr. 13). P. opisuje przypadek włóknikowego zapalenia płuc, powikłanego z zapaleniem opłucnej wypocinowem po stronie lewej, a suchem — po prawej. Dotyczył on 16-letnika osobnika, dotkniętego utajoną postacią przewlekłej zimnicy. Zapalenie przebiegało ciężko z objawami silnego zatrucia; liczba krwinek białych na dwa dni przed przełomem wynosiła 2212; ta leukopenia, zgodnie z uznanem powszechnie zdaniem, zdawało się, wskazywała na śmiertelne zatrucie toksyną. Badanie jednak po ukończeniu choroby wyjaśniło, że w rzeczywistości krew chorego podczas zapalenia przedstawiała obraz ilościowej i jakościowej leukocytozy zapalnej; istotnie po wyzdrowieniu liczba krwinek białych wynosiła zaledwie 1014 w 1 mlm³., stosunek zaś wielojądrzastych do limfocytów i jednojądrzastych był 1,4:1 zamiast 3:1 na 2 dni przed przełomem zapalenia płuc. Krew po wyzdrowieniu zawierała 42,3% wielojądrzastych, wzmożoną liczbę 16,1% — jednojądrzastych i znaczną ilość — 26,1% postaci rozkładających się. Podobny obraz krwi jest bardzo cechującym dla przewlekłej zimnicy, jak wykazują nieogłoszone jeszcze badania autora. Istotnie badanie, przeprowadzone w tym kierunku, wykazało w przypadku opisanym przez autora obecność w osoczu krwi i w krwinkach białych melaniny, a w krwinkach czerwonych dojrzałych pasorzytów zimnicy czwartaczkowej. Przypadek P. jest wreszcie pouczającym pod tym względem, że utajona przewlekła zim-

nica sprowadziła obraz kliniczny, przedstawiający pierwszy okres choroby Bantiego, mianowicie spostrzegano w nim znaczne obrzmienie śledziony, obniżenie liczby krwinek czerwonych i hemoglobiny, oraz leukopenię. Pod względem rokowania przypadek P. poucza, że w zapaleniu płuc nie dość obliczać liczbę krwinek białych, lecz należy zbadać i jakościowo odczyn leukocytarny, co umożliwia prawidłowy sąd o ilościowym odczynie, a więc rzuca pewniejsze światło na stopień zatrucia ustroju i stopień oporności.

Witold Orłowski (Ptbg).

CHIRURGIA. Clairmont i Ranzi. **Kazuistyczne uwagi nad rozległem ropnem zapaleniem otrzewnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 76. Zeszyt 1—2). Autorowie omawiają szczegółowo 41 przypadków rozległego zapalenia ropnego otrzewnej, podając przytem kilka cennych uwag i spostrzeżeń: 25 razy operowano z powodu zajęcia otrzewnej z wyrostka robaczkowego (3 razy zgorzel, 14 razy zwykłe przebicie, reszta — ropienie). Przypadki, w których zapalenie nie trwało dłużej nad 2 dni, wyzdrowiały wszystkie. Co do postępowania leczniczego, to w 19 przypadkach płukano otrzewnę obficie 20—40 litrami roztworu soli kuchennej; z tego wyzdrowiało 42·1%, natomiast z przypadków niepłukanych wyzdrowiało tylko 33·3%. Po operacyi tamponowano jamę brzuszną podług Mikulicza. Ogólna liczba wyzdrowień wspomnianych operowanych 25 przypadków — 40%. Z powodu przedziurawienia żołądka i zajęcia otrzewnej operowano 6 razy (5 razy wrzód, raz rak). Z tego uratowano 3 chorych. Otwór w części wycinano, w części zaszywano i obszywano siecią, dołączając do tego jejunostomię, by żołądek uspokoić, a pacyentów zaraz forsownie odżywiać. Z powodu przedziurawienia dwunastnicy operowano 2 razy. Chorzy pomarli. Raz rozpoznano przedziurawienie żołądka, drugi raz kamicę żółciową. Następnie opisują autorowie historye chorób innych przypadków, jak zapalenie wskutek pęknięcia ropni przymacicznych, po odprowadzeniu przepukliny, po urazach, postrzałach i t. d. Pęknięcia urazowe podskórne żołądka i jelit, wczas rozpoznane i operowane w pierwszych 24 godzinach, dają dobre rokowanie. Ogólna śmiertelność przypadków 63·4%. W 2 przypadkach wyhodowano z otrzewnej prócz koków także anaëroby; w 2 dalszych czyste anaëroby. Przypadki te klinicznie przebiegały wśród objawów ostrego zatrucia z otrzewnej. Wysięk był surowiczo krwawy z nielicznymi strzępami włóknikowymi prawie bez zlepów i zrostów otrzewnych. Co do leczenia rozlanego zapalenia otrzewnej, to autorowie są bezwzględnie za szerokiem otworzeniem jamy brzusznej w linii środkowej, za płukaniem obfitem możliwie gorącym roztworem soli kuchennej, ewentualnie za zrobieniem enterostomii. Szyć zakażonej jamy nie wolno, wytworzą się bowiem często następowe ropnie w linii szwów.

Lepiej jest tamponować podług Mikulicza, szczególnie miednicę małą i okolicę obu podżebrzy. Tampony należy zacząć usuwać 4—5 dnia pod strumieniem roztworu wody utlenionej. Ewentualnie dalej trwającą niedrożność leczyć wstrzykiwaniami atropiny. Chorych należy okrywać ciepło i stosować po operacyi obficie (6—8 litrów dziennie) wlewania podskórne roztworów soli kuchennej.

Dr. Adolf Klęsk.

Clairmont i Haberer. **Badania doświadczalne nad fizyologią i patologią otrzewnej.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 96, Zeszyt 1—2). Autorowie badali zdolność chłonienia otrzewnej z pomocą śródotrzewnych wstrzykiwań jodku potasu i wykrywanie takowego w moczu. Normalnie zjawia się jodek w 15—30 minut, a znika po 24—48 godzinach. Zwykłe otwarcie jamy brzusznej niema wielkiego wpływu na chłonienie, natomiast chwilowe wyłożenie jelit zwalnia chłonienie i przedłuża zdolność wydzielania się jodku potasu moczem. W znacznie większym stopniu to zwolnienie można spostrzegać przy dłużej trwającem wyłożeniu jelit. Chłonienie zwalnia także uszkadzanie otrzewnej, natomiast uśpienie niema wybitnego wpływu. Przez wywoływanie zapalenia otrzewnej środkami chemicznymi (olejek krotonowy i terpentyna), w początkach stanu zapalnego wywołać można znaczne przyśpieszenie chłonienia, w miarę zaś rozwoju choroby ustępuje ono miejsca zwolnieniu wessalności. Podobnie działa zakażenie otrzewnej kałem. Celem zbadania wpływu przepony na chłonienie smarowali ją autorowie kolodyonem i przekonali się, że wessalność znacznie wtedy się zwalnia i opóźnia. Napełnienie naczyń krwionośnych ma wielki wpływ na zdolność chłonienia; wykazał to szczególnie Exner, który mógł ratować zwierzęta zatrute z otrzewnej siarkiem potasu, strychniną i drobnoustrojami przez poprzednie wywołanie niedokrwności otrzewnej roztworem adrenaliny. Z badań swych autorowie dochodzą do przekonania, że najracyonalniejszym sposobem leczenia zapalenia otrzewnej jest rozległe rozcięcie brzucha, przepłukanie jamy roztworem soli kuchennej obficie z następowem wytarciem do sucha. Szyć nie wolno, lecz tamponować podług Mikulicza. Przez płukanie usuwa się zaraz pierwiastki zakaźne, przez wytarcie unika się resorbcyi jadu, wysięk staje się skąpszy i nie tworzą się tak liczne naloty na kiszkach i zrosty, wywołujące często następową niedrożność.

Dr. A. Klęsk.

PEDYATRYA. Pirquet. **Oznaczenie wagi ciała w zapaleniu nerek.** (*Verhandlungen der 21 Versamml. der Ges. f. Kinderheilk. in Breslau 1904*) Autor oznaczał systematycznie krzywą wagi ciała w przypadkach zapalenia nerek, jak również w przypadkach płonicy i doszedł do następujących wniosków: 1. W przebiegu ostrego zapalenia nerek występuje prawie zawsze podwyższenie wagi ciała, zależne od zatrzymania wody w ustroju, i przedstawiające na linii krzywej pewien znamienny obraz. 2. Linia krzywa wagi ciała ma znaczenie dla wczesnego rozpoznawania początku ostrego zapalenia nerek, gdyż zatrzymanie wody występuje zwykle wcześniej, niż białkomocz. 3. Pod względem rokowania spadek linii krzywej wagi ciała ma większe znaczenie w ocenieniu ustępowania choroby, niż ilościowe oznaczanie białka. 4. Metoda ta może również służyć do oceniania skuteczności stosowanych leków i zabiegów leczniczych. 5. Spostrzeganie krzywej wagi ciała dostarczy niezawodnie nowych znamiennych podstaw dla klasyfikacyi rozmaitych typów przewlekłych chorób nerkowych.

Żeleński.

Hutinel. **O rozstrzeni oskrzelowej u dzieci.** (*Pediatrie pratique*, 1905. Nr. 9). Cierpienie to, zdaniem Hutinela, nie jest rzadkiem w wieku dziecięcym, jednakże nieraz może ujść uwagi, gdyż nie przedstawia tak znamiennego jak u dorosłych obrazu chorobowego, a przytem, właśnie w tym wieku, może w zupełności ustąpić i wyrównać się. Najczęstszą przyczynę cierpienia stanowi przewlekłe zapalenie nieżytowe płuc: kojarzy się tu szkodliwe działanie sprawy zapalnej na ściany oskrzeli z częstym i długotrwałym kaszlem, sprzyjającym wytworzeniu się rozstrzeni. Z tych samych przyczyn rozstrzeń oskrzeli rozwija się nieraz w przebiegu ciężkiego krztuśca, powikłanego zapaleniem płuc. Czynnik przyczynowy stanowić mogą również zrosty opłucne, zwężenie światła tchawicy lub oskrzela przez ucisk gruczołu, wreszcie ciała obce (Comby). Powikłanie rozstrzeni oskrzeli z gruźlicą płuc nie jest konieczne, jednak w każdym razie częste. Wiek, w którym cierpienie to spotyka się najczęściej, wynosi 3—5 lat. Rozstrzeń oskrzelowa występuje zwykle w postaci jamek okrągłych lub owalnych wielkości grochu, lub niekiedy orzecha; jamki te mogą być bardzo liczne. Niekiedy rozstrzeń oskrzelowa przybiera postać rozszerzeń walcowatych, regularnych: ta postać występuje zwykle w następstwie długotrwałego nieżytu płuc, jest ona mniej znamienna, niż poprzednia. Badanie histologiczne wykazuje głównie zmiany w warstwie mięśniowej ścian oskrzelowych i w chrząstce; mniej zmienione są włókna sprężyste i nabłonek. W treści jamki znajdują się liczne drobnoustroje, pomiędzy którymi najczęstszym jest *pneumobacillus* Friedländera. Głównym objawem rozstrzeni ostrzelowej u dzieci jest uporczywy kaszel, który utrzymuje się długo po przebytem zapaleniu płuc, powraca po każdem drobnem nawet przeziębieniu i wreszcie może się stać trwałym. Przytem ciepłota jest zazwyczaj prawidłowa, duszności brak, łaknienie i trawienie dobre, odżywienie zadawalniające. W porównaniu do tych nieznacznych zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia, objawy przysłuchowe wykazują niestosunkowo duże zmiany. Rzężenia drobne i grubobańkowe, trzeszczące i dźwięczne, szmery oddechowe o charakterze jamistym budzić mogą podejrzenie w kierunku daleko posuniętych zmian gruźliczych. Dlatego niezmiernie ważnem jest badanie wykrztuszonej treści jamy na prątki gruźlicze, których prosta rozstrzeń oskrzelowa nie zawiera nigdy. Badanie to utrudnionem jest u dzieci niżej lat 8-miu, które nie wykrztuszają prawie nigdy; u dzieci starszych natomiast wykrztuszanie obfitych ilości plwocin odbywa się nieraz w sposób równie znamienny, jak u dorosłych. Krwotoki na tle rozstrzeni oskrzelowej należą u dzieci do wyjątków. Postawienie rozpoznania rozstrzeni oskrzelowej u dzieci może przedstawiać znaczne trudności. Pod względem możliwych omyłek wchodzą tu w rachubę: prosty nieżyt oskrzelowy, przerost gruczołów zaoskrzelowych, nieżytowe zapalenie płuc o przebiegu przewlekłym i nietypowym, zapalenie opłucnej, a przedewszystkiem gruźlica płuc. H. przytacza cały szereg przypadków, w których rozpoznana lub podejrzana gruźlica płuc okazała się z dalszego przebiegu i zejścia rozstrzenią oskrzelową. O leczeniu niewiele się da powiedzieć. W okresie zaostrzenia sprawy chorobowej jest ono to samo, co w prostych nieżytach okrzelowych; w okresie wolnym od zaostrzenia zapalnego może być wskazaną ostrożnie stosowana gimnastyka oddechowa. Ze względu, iż dzieci dotknięte tem cierpieniem okazują skłonność do nabycia gruźlicy, uwaga w tym kierunku winna być szczególnie skierowana.

Żeleński.

Ad. Czerny. **Przyczynek do znajomości skazy wysiękowej.** (*Diathesis exsudativa*). (*Monats. f. Kind.*, T. IV, Nr. 1, 1905). Często spotyka się niemowlęta, które pomimo dostatecznej

ilości pokarmu i braku objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego, wykazują niedostateczny przyrost wagi ciała. Zazwyczaj posądza się w tych przypadkach matkę lub mamkę o „zły pokarm“, w następstwie czego zmienia się mamki, a nierzadko zdarza się, że po kilkakrotnych nieudałych próbach poleca się sztuczne karmienie. Dlatego należy dziś z całą siłą podnieść fakt, że jedynie pewnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie piersią, a wspomniane przypadki polegają na niedostatecznem uwzględnianiu i ocenianiu stanu owych dzieci. Zauważyć można, że są pewne rodziny, gdzie prawie wszystkie dzieci przedstawiają takie trudności przy karmieniu; są to dzieci, objawiające cechy wyosobnionej niedawno przez autora jednostki chorobowej, nazwanej przez niego „skazą wysiękową“ (*diathesis exsudativa*). Wśród dzieci tych należy rozróżnić dwa typy: dzieci, należące do pierwszego typu, zazwyczaj małe i nikłe, pomimo korzystnych warunków odżywiania nie przybierają dostatecznie na wadze, albo nie przybierają zupełnie, szczególnie przy równoczesnych zakażeniach, do których mają niezwykłą skłonność, umiejscowionych głównie w nosie, gardle i drogach oddechowych. Dzieci drugiego typu przybierają kolosalnie na wadze, nawet przy niedostatecznej ilości pokarmu; są to tak zw. typy „tłuściochów“, o bladej cerze, słabem i wiotkiem umięśnieniu, a obfitej podściółce tłuszczowej. W obu przypadkach idzie o zaburzenia w przemianie materyi, w szczególności co do wyzyskania tłuszczu. W pierwszym typie stopień przyswajania tłuszczu zwierzęcego jest bardzo nizki, w drugim nieprawidłowo wysoki. Dlatego należy u dzieci tych przy zachowaniu karmienia piersią dodawać wcześniej węglowodanów, aniżeli to zwykle czynimy. Karmienie piersią jest jedynie dla tych osobników zbawiennem, gdyż karmienie sztuczne, nie mające pewnej i niezawodnej metody, jest właśnie w tych przypadkach wysoce niebezpiecznem. Karmienie piersią wzmaga naturalną odporność przeciw zakażeniom, do których te właśnie dzieci okazują niezwykłą skłonność; co gorsze, to że zakażenia te, nieraz tak lekkie, nie przedstawiające u dzieci prawidłowych żadnego niebezpieczeństwa, u dzieci, obciążonych skazą wysiękową, często kończą się śmiertelnie, szczególnie u sztucznie karmionych. Przy zachowaniu karmienia piersią doczekamy się chwili, z którą dziecko zacznie się prawidłowo rozwijać; u sztucznie karmionych rokowanie przy błahych nawet cierpieniach jest zawsze niepewne. Odłączanie takich osobników nastręcza również dużo trudności i nieraz długiego czasu potrzeba, nim dziecko przyzwyczai się do nowego pokarmu, czego nie możemy kłaść na karb metody, jeżeli jest racyonalną, ale na karb zboczeń w konstytucyi dziecka. *T. Cybulski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W wiewiórze ostrym, trwającym 2 dni do 2 tygodni, podawał Tzaranu (*Deutsche Mediz. Ztg.* 1905, 45) w 18 przypadkach wyłącznie gonosan wewnętrznie (po 6 kapsułek dziennie), nie używając wcale leczenia miejscowego. Przeważnie już w drugim lub trzecim dniu podawania leku znikały zupełnie bole, a po 2 tygodniach następowało zupełne wyleczenie ze zniknięciem dwoinek moczu. W żadnem z 18 spostrzeżeń nie było powikłań; wszyscy chorzy znosili gonosan dobrze i chętnie go zażywali, szczególnie z powodu, iż szybko uśmierzał bole. *Ll.*

Leukrol jest (wyrabianym w postaci brunatnych kołaczyków) przetworem rośliny wschodnioazyatyckiej z rodziny jaskrowatych, botanicznie dokładniej jeszcze niesklasyfikowanej, do Europy bowiem dostaje się tylko jej wyciąg, używany w Azyi jako lek ludowy, stosowany przeciw białym upławom. Badanie chemiczne stwierdziło, że przetwór ten nie zawiera składników szkodliwych. Wobec tego, że wiele kobiet, cierpiących na białe upławy, nie chce się poddać leczeniu miejscowemu, próbowano w ostatnich czasach w cierpieniu tem także leukrolu. Zresztą wielu ginekologów (jak n. p. Fritsch) przyznaje, że leczenie miejscowe nieraz nie wystarcza do usunięcia cierpienia. Goliner (*Frauenarzt* 1905, 2) użył leukrolu w 10 przypadkach upławów, podając po 2 kołaczyki na dzień przez 8 do 25 dni. W 8 przypadkach nastąpiło widoczne polepszenie; w 2 przypadkach nie było żadnego skutku. W obu tych przypadkach jednak były upławy skutkiem wiewiórowych spraw w narządzie rodnym. G. nie zauważył po leukrolu żadnych objawów ubocznych. Kapp (*Deutsche medic. Zeitung* 1905, 2) zabierając się do prób z leukrolem, postanowił z góry wyłączyć przypadki upławów wiewiorowych, — zwraca jednak uwagę, że jest niezmiernie trudno orzec stanowczo, iż upławy nie są skutkiem tego właśnie zakażenia. Dlatego też wyłączył K. z leczenia wszystkie długotrwałe nieżyty i ograniczył stosowanie leukrolu tylko do dziewic. Podawał dziennie po 5 kołaczyków. W 2 wypadkach nieżytów pochwy wynik leczenia po podaniu 70—90 kołaczyków był zadowalniający. Braun (*Med. chir. Centralbl.* 1904, 46) leczył leukrolem 23 chore i wogóle zauważył jego skuteczność w przypadkach upławów u osób niedokrwistych. Doradza też dalsze próby, aczkolwiek nie znając dokładnie własności farmakodynamicznych leku, ograniczyć się trzeba tylko do empiryi. — Zamiast kołaczyków można też podawać wyciąg płynny (4 razy dnia po dużej łyżeczce od kawy). *V.*

Haemorrhoïsid jest nazwą, pod którą wprowadzono w obieg *Extractum Pantjasonae*, rośliny południowo-azyatyckiej, pokrewnej burzankom. Znajdujące się w handlu kołaczyki zawierają po 0·43 tego wyciągu, który zaleca kilku autorów jako pożyteczny środek w leczeniu krwawnic. W praktyce rzadko stosunkowo można chorych nakłonić do operacyjnego usunięcia guzów krwawniczych; zresztą chirugiczne leczenie ma do dziś jeszcze niejedną stronę ujemną. Rozmaite maści i pędzlowania są zwykle bezskuteczne i ostatecznie w praktyce często uciec się trzeba do leków wewnętrznych. Z nich, w przeciwieństwie do dawniej ulubionych, a obecnie słusznie porzuconych leków drastycznych, okazał się hemoroisid lekiem nieszkodliwym, a pomocnym. Goliner (*Deutsche Medizinal-Zeitung* 1905, 13) zaleca w przypadkach krwawień podawać 3 razy dnia po jednym kołaczyku tak długo, dopóki bole nie ustąpią, a stolce nie staną się łatwe i miękkie. Już po 8 dniach podawania zauważył G. znaczne polepszenie: bole przy oddawaniu kału słabły, a guzy krwawnicze zmniejszały się. Oczywiście trzeba odpowiednio uregulować dyetę: u osób dobrze odżywionych ograniczyć ją, u wychudłych — podnieść, kawy, herbaty, napojów wyskokowych zakazać. Zalecić też należy staranne obmywanie odbytu po każdym stolcu. Przy zachowaniu tych przepisów działał hemoroisid bardzo korzystnie. Podobnie zachęcające wyniki uzyskał Weissmann (*Mediz. Klinik* 1905). Leczył on między innemi 37-letnią chorą, cierpiącą na rozdęcie żołądka, zaparcie stolca i krwawienie. Usunięcie zaparcia stolca nie wpłynęło na krwawienie, dopiero 4-tygodniowe podawanie hemoroisidu usunęło także i przez nie wywołane dolegliwości. U 45-letniego mężczyzny nie pomagały w ciągu 2 lat ani pessaria stolcowe, ani czopki, środki wypróżniające itd., natomiast doskonały skutek był po podaniu 30 kołaczyków hemoroisidu. W. zauważa, że lek ten nie jest właściwie lekiem wypróżniającym (*aperiens*), gdyż u jednej z chorych pomimo usunięcia dolegliwości krwawniczych nie udało się tym środkiem wywołać regularnego stolca. *V.*

Wyprysk po mesotanie pojawiał się szczególnie często, jeżeli mesotan (w rozczynie oliwnym) wcierano w skórę. Dlatego obecnie polecają używać mesotanu tylko do pędzlowań; przez to jednak znowu odpada w leczeniu tak dzielny środek, jak miesienie przy wcieraniu. Ruhemann (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, 19) utrzymuje jednakże, że można mesotan wcierać bez obawy wyprysku, jeżeli użyje się waseliny mesotanowej (5 grm. mesotanu: 15—20 grm. waseliny żółtej); przynajmniej nie widział R. ani razu wyprysku u 40 chorych, u których wykonał 350 razy miesienie mesotanwazeliną. Działa ona skutecznie we wszystkich tych przypadkach, w których używać się zwykło mesotanu (sprawy gośćcowe mięśni i stawów, róża twarzy, nerwobole, zapalenia przewlekłe ścięgien, mięśni, stawów i t. d.). *B.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X Posiedzenie naukowe z dnia 26 maja 1905 r.

Obecnych członków 55. Przewodniczy kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Beck zdaje sprawę ze swoich badań nad wpływem promieni radu na układ nerwowy. Pierwsze badania w tym kierunku przeprowadzał Danysz, który wszywał rurki z radem pod skórę czaszki i nad słosem pacierzowym; wywoływał tym sposobem przekrwienie, wybroczyny i rozmiękczenie istoty nerwowej, prowadzące do śmierci. Obersteiner, trzymając myszy w puszce, naświetlanej radem, otrzymywał podobne wyniki, nadto ogólne objawy porażenne. Na nerwach obwodowych zmian nie widział. Nie przypisuje jednak tym promieniom swoistego wpływu na układ nerwowy. Później Davier i Raymond spostrzegli, że rad w małej dawce okazuje własności znieczulające, szczególnie w bolach ocznych i bolach strzykających we wiądzie. Stwierdzeniem tego wpływu na nerwy obwodowe zajął się prelegent. Stosował rad na ogoloną skórę nad nerwem kulszowym, w miejscu, gdzie jest on przykryty najcieńszą warstwą mięśni; czucie badał oddziaływaniem na prąd indukcyjny. Okazało się, że zmiany w czuciu

występowały dość szybko i to na stopie. U większości królików znieczulenie zupełne, a powyżej stopy upośledzenie czucia lub brak zmian. U innych królików tylko upośledzenie. Zmiany te trwały od kilku dni do kilku tygodni, potem wracało czucie dotyku, lecz bolu już nie. U ludzi w miejscu przyłożenia radu pokazywało się czasem podniesienie czucia. Dlaczego po zadziałaniu na pień nerwu kulszowego okazują się zmiany w zakresie nerwu strzałkowego powierzchownego — (*n. peroneus superficialis*) na stopie, prelegent stara się wytłómaczyć tem, że tu prócz wpływu radu działał także wpływ ucisku, wywieranego na stopę z powodu przywiązywania. Doświadczenia nad wpływem radu na gruczoły ślinne nie dały żadnych dodatnich wyników. Prócz tego próbował prelegent wpływu leczniczego radu w bolach głowy i otrzymywał w bolach pochodzenia neuralgicznego po dwudziestu minutach ustąpienie cierpienia lub poprawę, w migrenie natomiast okazał się rad bezskutecznym.

Kol. Blumenfeld sądzi, że działanie radu a promieni rentgenowskich jest identyczne. Objawy zadziałania na skórę przechodzą te same okresy, a więc obrzmienie, pęcherze, nadżerki i obumarcie, których obraz histologiczny jest również ten sam. Znieczulenie występuje i po promieniach rentgenowskich, wpływ na rakowce jest także wyraźny, mają nawet zmniejszać się gruczoły, zajęte przerzutami Oparzenia skórne, wywołane radem, goją się, jak po promieniach rentgenowskich.

Kol. Tatarczuch przypomina, że miał sposobność przedstawiać przypadek głębokiego owrzodzenia na skórze, powstałego po dość krótkiem prześwietlaniu radem. Ten sam zaś preparat po dwu latach nie wywoływał żadnego odczynu.

Kol. prof. Beck zauważył u królików wypadanie sierści i tworzenie się strupów. U człowieka z obawy większych zmian nie stosował radu z odległości, mogącej je wywołać. W jednym tylko przypadku widział zaczerwienienie i stałą pigmentacyę. Co do zmienności w zachowaniu się radu, to pochodzi ona stąd, że gdy preparat naciągnie wilgoci, wtedy przestaje świecić, jednak daje zawsze emanacyę. Działanie zaś nie zależy od ilości przetworu, tylko od jego siły czynnej.

Kol. prof. Łukasiewicz sądzi, że choć działanie radu jest podobne do promieni rentgenowskich, jednak jest on mniej niebezpiecznym i nie wywołuje tych następstw Co do działania leczniczego, to jest stwierdzonem, że grzybica guzowa *(mycosis fungoides)* ustępuje pod jego wpływem, może jednak wracać. W innych dermatozach nie można stwierdzić tego skutku i wogóle nie można przywiązywać wielkich nadziei do tego środka.

Kol. Blumenfeld twierdzi, że gdybyśmy mogli stosować rad na taką powierzchnię, jak promienie rentgenowskie, toby i skutek był ten sam. Zgadza się ze zdaniem, że leczenie radem nie rokuje wielkich nadziei, podobnie jak i cała fototerapia.

III. Kol. prof. Raczyński mówi: „O wynikach leczenia płonicy surowicą Mosera“. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Fels podnosi, że do oceny statystycznej trzebaby wiedzieć, jaki był odsetek śmiertelności w Szpitaliku św. Zofii w przypadkach, leczonych surowicą, a nieleczonych, jakoteż w tych czasach, gdy jeszcze surowicy nie stosowano. W 43 przypadkach z własnej praktyki (nie używa surowicy) miał tylko 4 przypadki śmierci, z tych 3 z powodu zapalenia nerek. Pomiędzy wyleczonymi było 10 przypadków zapalenia nerek i 10 *angina necrotica.*

Kol. Quest opisuje metody otrzymywania surowicy Bujwida i Mosera. Na 21 przypadków płonicy, które spostrzegał w klinice wrocławskiej, w 11 stosowano surowicę Bujwida — umarło trzy (z tych dwa na zakażenie krwi); w 10 stosowano surowicą Mosera — umarło także trzy. Wpływ obu surowic na stan ogólny i na gorączkę okazał się bardzo nieznaczny, rozwój osutki nigdy nie został zatrzymany. Na mocy więc swego doświadczenia odmawia im wartości leczniczej.

Kol. Czarnik podaje liczby ze Szpitalika św. Zofii: z 15 dzieci, którym wstrzykiwano surowicę, umarło 11; z 28, którym nie wstrzykiwano, umarło 2 i to przywiezione w stanie beznadziejnym. Według ścisłych spostrzeżeń, prowadzonych z kol. Hołobutem, ma surowica wpływ na gorączkę i tętno na pewien czas, najwyżej 48 godzin Na błonicę płoniczą, na obrzęk gruczołów, na zapalenie ucha nie ma wpływu żadnego. Osutkę posurowiczą widziano w 13 przypadkach z gorączką i obrzękiem stawów. Białkomoczu nie było ani razu; natomiast zapalenie nerek 4 razy. Wymiotów ani biegunki również nie spostrzegano. Raz wystąpił ropień w miejscu wstrzyknięcia, czego nie wdziano nigdy po wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej, których wykonano przeszło 1000.

Kol. Obtułowicz przytacza epizod z przed 10 lat, kiedy nie mając innych środków pod ręką, wstrzyknął w rozpaczliwem położeniu surowicę przeciwbłoniczą choremu na płonicę — z dobrym skutkiem. Bujwid, pytany potem o zdanie, odpowiedział, że w braku właściwego środka można użyć i tego postępowania.

Kol. prof. Raczyński w odpowiedzi kol. Felsowi zaznacza, że na statystyce szpitalnej oprzeć się nie można, bo ta jest przypadkową i zależną od tego, jakie przypadki przysyłają lekarze z miasta Taki mały odsetek śmiertelności, jaki podaje kol. Fels ze swojej praktyki, można mieć łatwo, jeżeli się wszystkie cięższe przypadki odda do szpitala. *Zawadzki.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Otrzymujemy następującą odezwę:

„W sprawie wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej utworzył się w łonie Tow. Samopomocy lekarzy Komitet przedwyborczy, który zaprasza wszystkich Kolegów na Zgromadzenie przedwyborcze, które odbędzie się w niedzielę dnia 25 bież. m. o godzinie 11 przed południem w sali posiedzeń Towarz. lekarskiego. Pożądanem by było, aby Koledzy, którzy karty głosowania już otrzymali, przynieśli je ze sobą i po powziętej decyzyi złożyli wypełnione w Komitecie, celem wysyłki w właściwym czasie.

Za Komitet:

Dr. K. Flis za sekretarza. *Prof. Dr. H. Jordan* przewodniczący.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 czerwca.

* Pogrzeb ś. p. prof. dr. Mikulicza odbył się w Wrocławiu w sobotę po południu przy udziale przedstawicieli władzy, ciała profesorskiego i nader licznej publiczności. Prof. Dahn poświęcił zmarłemu wspomnienie mową wiązaną; po nim przemawiali: prof. Ponfick, prof. Titze, prof. Eiselsberg i student Rottkay. Po odbyciu żałobnej ceremonii przeniesiono pokrytą kwiatami trumnę na dworzec kolei, skąd zwłoki pociągiem umyślnym zostały przewiezione do Freiburga, gdzie spoczną na zawsze.

* Nakładem „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie“ wyszedł podręcznik dr. R. Spiry p. t. „Krótki zarys nauki o chorobach usznych“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiellońskim otrzymali: Maryan Ziembiński i Bernard Mintz.

* W francuskich zdrojowiskach i uzdrowiskach praktykują w sezonie obecnym następujący lekarze polacy: dr. Bohdanowicz w Biarritz, dr. Biernawski w Vichy, dr. Cecylia Dylion (warszawianka) w Royat, dr. Melania Lipińska w Luxeuil.

* W sprawie dr. N., profesora farmakologii w Insbruku, którego Izba lekarska nie chciała zwolnić od obowiązku należenia do jej składu, pomimo, że jako profesor przedmiotu teoretycznego nie wykonywał praktyki lekarskiej, trybunał wydał orzeczenie przeciwne zdaniu Izby.

* Jak wiadomo Rosya wobec toczącej się wojny i panowania różnych epidemii na obszarach państwa odczuwa brak lekarzy. Zgłaszającym się z zagranicy rząd rosyjski wypłaca jednorazowy ryczałt 270 rb. na wyekwipowanie się, po 5 kopijek od wiorsty na drogę (począwszy od Petersburga) i 3 rb. dziennie, jeśli ci lekarze zagraniczni użyci będą do zwalczania cholery i moru. Zobowiązanie to rządu wygasa z dniem zawarcia pokoju z Japonią. Zgłoszenia przyjmuje naczelnik zarządu sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych w Petersburgu.

* Odkrycie przez Schaudinna krętka bladego (*spirochaete pallida*) w gruczołach osób chorych na kiłę znajduje potwierdzenie w badaniach innych bakteryologów; znalazł je Fraenkel (Halle), Lehmann (Würzburg) i inni. Prątek kiły odegra pod względem rozpoznawczym tę samą rolę, co prątek gruźlicy, a ufajmy, że pod względem leczniczym doprowadzi do wyników więcej dodatnich.

* Rosyjskie ministerstwo oświaty zajmuje się obecnie opracowaniem nowej ustawy uniwersyteckiej.

* Między 4 a 10 czerwca zaszły w Galicyi nowe przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, mianowicie: w 31 (36 zeszł. tygodnia) gminach, należących do 20 (22 z. tyg.) powiatów, zachorowało osób 42 (54 zeszł. tyg.), zmarło 20 (51 z. tyg.). Nowe przypadki zaszły w powiatach: bialskim (10), drohobyckim, podgórskim, wielickim (po 3), bocheńskim, chrzanowskim, niskim, przemyskim, przeworskim (po 2); w 11 powiatach, a w tej liczbie i w krakowskim, oraz w m. Lwowie i Krakowie po 1 przypadku.

* Między 28 maja a 3 czerwca doniesiono władzy o 2 przypadkach ospy w jednej gminie powiatu cieszanowskiego, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim, cieszanowskim, czortkowskim, dobromilskim (po 2 gm.), drohobyckim, horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), kamioneckim, kołomyjskim (po 2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), mieleckim (1 gm.), nadwórniańskim (3 gm.), przemyskim, sanockim (po 1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (4 gm.), tarnopolskim, tłumackim (po 1 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Tryjarski, ordynator szpitala w Łukowie, zmarł licząc lat 64. — Dr. Dymitr Temple emerytowany lekarz miejski i szpitalny zmarł w Stryju, przeżywszy lat 88. — Dr. Aleksander Grabowski, lat 65, zmarł w Pjatigorsku. Dr. Stan. Niedzielski, l. 46, zmarł w Ojcowie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Kopczyński: Badania doświadczalne z zakresu anatomii i fizyologii tylnych korzeni rdzeniowych. Barącz: W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 23. Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej.

Kronika lekarska Z. 11. Giedgowo: O ostrej rozstrzeni żołądka.

— *Zdrowie* Z. 6 Suligowski: O instytucyach ziemskich i ich potrzebie u nas. Polak: Administracya państwowa i społeczna w sprawach zdrowia publicznego. Łazarowicz: Pomoc lekarska w Ziemstwach.

— *Głos lekarzy* Nr. 12 zawiera: Wybory do Izb lekarskich. — W sprawie lekarzy kolejowych (dok.). — Partactwo lecznicze w Galicyi (c. d.). — O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi (c. d.). — Uczczenie pracy i zasług.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 6. Skórczewski. Wspomnienia historyczne w drodze do Krynicy (c. d). Supiński: Rabka.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 6. Korczyński: Ogólny zarys działania na polu zdrojownictwa polskiego.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 6. Blažeković: Slučaj istosmjernog premještenja pupile i leče na obim očima. Rogina: Epidemija griže (dysenterije) u kotaru Sv. Ivan Zelina u g. 1904.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 24. Pexa: Serotherapie při spále a několik připadův, antiscarlatinosnim serem Bujwidovým lečenych (dok.). Zeman: Laterální oesofagotomie při cizich tělesech v jicnu. Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánu žlazových při vrozené příjici (c. d.). Slavík: Druhá výročni zpráva léčebného ústavu k léčeni paprsky světelnými, Roentgenovými, a proudy vysoké frekvence v Praze (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 45. Escat: Zatkanie nagłe przy intubacyi niedozorowanej. Użycie rurek (tubusów) dziurkowanych.

Nr. 46. Tuffier: Rozpoznanie guzów w podżebrzu prawem. Langenhagen: Porównanie wody mineralnej Plombières z wodą Châtelguyon; wskazania do ich użycia w leczeniu przewlekłych schorzeń kiszkowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24. Westenhoeffer: Patologiczna anatomia, oraz drogi zakażenia w nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Weleminsky: Patogeneza gruźlicy płucnej. Fellner: Fizyologiczne działanie kąpieli z gazem węglowym. Kirchner: O obecnej epidemii zapalenia opon mózgowordzeniowych i o jej zwalczaniu (dok.). Lüdke: Wytwarzanie się niweczników jako sprawa wydzielnicza komórek (c. d.). Gravitz: Uwagi nad tegorocznymi przypadkami zapalenia opon mózgowordzeniowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Weichselbaum i Gohn: Ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych jako czynnik zapalenia wsierdzia, oraz jego znachodzenie się w przewodach nosowych ludzi zdrowych i chorych. Schwarz: Dynamina niedomykalności zastawki dwudzielnej. Pfeiffer: Przyczynek do rozwiązania problematu biologiczno-społecznego, dotyczącego odróżnienia białka nasienia od innych białek tegoż gatunku zapomocą metody precypitacyjnej. Rydygier: Przyczynek do operacyjnego leczenia nawykowego zwichnięcia rzepki metodą Ali Krogiusa.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 24. Ebstein: Leczenie wychudnienia. Kochmann: Działanie alkoholu na krążenie u ludzi. Joseph i Schwarzschild: O jotionie (Jothion). Glücksmann: Urazowe choroby górnego odcinka przełyku i ich leczenie. Burckhardt: Gruźlica płuc a ciąża według spostrzeżeń w klimacie górskim. Hopmann: Postępy w leczeniu chorób krtani. Haike: Gruźlicze choroby ucha u oseska.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 24. Fraenkel: O znachodzeniu się krętka bladego w kile. Heusner: Fizyologiczne znaczenie wielkiej sieci. Herff: Odkażanie gorącą wodą z alkoholem podług Ahlfelda w położniczym oddziale bazylejskiego szpitala kobiet. Michels: Trzebienie przy raku sutka. Hellendall: Ręczna przemiana położenia twarzowego i czołowego. Theilhaber: Przewlekłe zapalenie jajników. Metzger: Żółtaczka podczas miesiączki. Saks: Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu przy czaszkowem położeniu płodu. Müller: Histeryczne samookaleczenie. Gottschalk: Tężyczka podczas połogu.

Redakcya otrzymała. Bier: W sprawie zdrowotności Krakowa.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 24 (od dnia 11/VI do 17/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dziew. 27; nieżywo: chł. 5, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych męż. 10, kob. 7; zamiejscowych: męż. 16, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 2. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. —, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 2. **Razem:** miejscowych 17, obcych 28.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakl., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok Bozen (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum" i „Sonnenhofu".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.